



**UNIVERSIDADE DO MINHO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**ANO LETIVO 2016/2017 – 4º ANO**

**Autor: Aracy Soraia Chantre Ferreira, N.º 3312**

**Mindelo, 2017**



Trabalho apresentado á Universidade do Mindelo com parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

**Discente:**

Aracy Soraia Chantre Ferreira nº 3312

**Assistência de enfermagem à criança vítima de abuso sexual atendida no  
serviço de pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa**

**Orientadora:**

Enfermeira Jerícia Cristina Lopes Duarte

Mindelo, julho de 2017

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todas as crianças e adolescentes do mundo inteiro que já foram vítimas de abuso sexual, e aos que estão sendo mas não denunciam, que este trabalho sirva como forma de estímulo para fazer a denúncia desse abuso sexual.

E ainda dedico este trabalho a uma grande amiga que quando criança foi vítima de abuso sexual e graças a sua coragem conseguiu ultrapassar este episódio na sua vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus por ser o meu anjo protetor, por dar-me força para chegar até aqui e por nunca me abandonar nos momentos mais difíceis.

Em seguida agradeço à mulher mais importante da minha vida, ela é guerreira, forte, batalhadora, pelo qual tenho muito orgulho de a chamar de mãe, obrigada por tudo e obrigada por me amar, e o que sou hoje é graças a ti, minha mãe querida.

À minha querida Orientadora Enf<sup>a</sup> Jerícia Duarte que muito me ajudou, e que estava sempre disponível para me ajudar, de forma a elaborar um bom trabalho, obrigada pelo teu enorme carinho.

À minha amiga Marisa Oliveira que mesmo longe me apoiou sempre, incentivando e dando todo o apoio emocional necessário.

Aos enfermeiros e médicos do Serviço de Pediatria, obrigada por todo acolhimento e carinho, serei eternamente grata.

E a todos que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Por fim quero agradecer à Universidade do Mindelo assim como ao Hospital Dr. Baptista de Sousa.

## EPÍGRAFE

*“Era só a mamãe sair que ele vinha fazer aquilo comigo”.*

Criança vítima de abuso sexual de 5 anos de idade (2010)

*“A criança será percebida pela sociedade de forma diversificada ao longo dos tempos, conforme as determinações das relações de produção vigentes em cada época”.*

Faria (1997, p. 9)

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
JUSTIFICATIVA E PROBLEMÁTICA .....	15
<b>CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>25</b>
1. Fundamentação Teórica .....	26
1.1. História do Abuso Sexual .....	26
1.2. Abuso sexual, violência sexual, pedofilia e exploração sexual .....	27
1.3. Tipo de abuso sexual.....	30
1.4. Sinais e sintomas (Indicadores) .....	33
1.5. Consequências do abuso sexual na criança.....	37
1.6. O papel da família no apoio à criança vítima de abuso sexual .....	42
1.7. O silêncio das vítimas de abuso sexual.....	45
1.8. Formas de prevenir o abuso sexual.....	48
1.9. O Agressor e suas estratégias.....	53
1.9.1. Importância das instituições de apoio a crianças vítimas de abuso sexual.....	56
1.9.2. O perfil das crianças vítimas do abuso sexual.....	58
1.9.3. Os Direitos fundamentais das crianças segundo a legislação Cabo-verdiana.	60
1.9.4. Importância de Intervenções Multidisciplinar frente a situação de abuso sexual a criança .....	61
1.9.5. Intervenções /Assistências de enfermagem em crianças vítimas de abuso sexual.....	62
1.9.6. Intervenções Psicológicas.....	66
1.9.7. Teórica de enfermagem: Virgínia Henderson/Betty Neuman .....	68
1.10. Diagnósticos de enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association – NANDA) e Classificação das intervenções de enfermagem (NIC).....	71
<b>CAPÍTULO II: FASE METODOLÓGICA .....</b>	<b>72</b>
2.1. Tipo de estudo.....	73
2.2. Instrumento de recolha de informação.....	74
2.3. População/Participantes .....	75
2.3.1. Apresentação dos dados dos participantes .....	76
2.4.Descrição do campo empírico.....	78

2.5. Procedimentos éticos .....	79
<b>CAPÍTULO III: FASE EMPÍRICA .....</b>	<b>80</b>
3. Apresentação e interpretação dos dados .....	81
3.1. Entrevista complementar de uma enfermeira vítima de abuso sexual .....	100
3.2. Análise dos resultados .....	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	106
PROPOSTAS .....	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	109
<b>ANEXOS .....</b>	<b>119</b>
Anexo I - Direitos das crianças.....	120
Anexo II - Direitos da Família.....	121
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>122</b>
Apêndice I - Diagnósticos de enfermagem (NANDA) e intervenções de enfermagem (NIC): .....	123
Apêndice II - Cronograma.....	128
Apêndice III - Guião de entrevista I .....	129
Apêndice IV - Guião de entrevista II.....	131
Apêndice V - Carta dirigida a estatística/Diretora de H.B.S. ....	132
Apêndice VI - Termo de consentimento livre esclarecido .....	133
Apêndice VII - Carta dirigida a Policia Judiciária de São Vicente .....	134
Apêndice VIII - Carta dirigida a ICCA de São Vicente.....	135



## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 - Dados recolhidos no Hospital Dr. Baptista de Sousa no serviço pediatria de vítima de abuso sexual do ano (2012 a 2016) .....	23
Quadro 2 - Perfil/Caracterização geral dos participantes da entrevista.....	77
Quadro 3 - Diagnósticos de enfermagem (NANDA) e intervenções de enfermagem (NIC) .....	123 á 127

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Gráfico de dados estatísticos de ICCA de São Vicente do ano 2015.....	20
Figura 2 - Gráfico de dados estatísticos de ICCA de São Vicente do ano 2016.....	20
Figura 3 - Gráfico de dados de abuso sexual em criança da Policia Judiciaria de São Vicente do ano 2015.....	22
Figura 4 - Gráfico de dados de abuso sexual em criança da Policia Judiciaria de São Vicente do ano 2016.....	22

## RESUMO

Abuso sexual consiste num problema que afeta o mundo inteiro e Cabo Verde não é exceção, pois trata-se de um problema de saúde pública que aumenta a sua incidência dia após dia. O abuso sexual em criança não afeta somente a pessoa em si, os familiares também acabam por estarem envolvidos, pois perante o acontecimento a família precisa de reorganizar para poder dar resposta as necessidades da criança vitimizada. É neste sentido que o objetivo deste estudo é descrever a assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual atendida no serviço de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, fenomenológico de natureza qualitativa realizado no serviço pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa, no qual, participaram 9 enfermeiros, sendo um deles vítima de abuso sexual quando criança. Os dados obtidos foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada. Os resultados apontam que existem um conjunto de fatores que dificultam os cuidados nomeadamente a carência de recursos humanos e materiais hospitalares, espaço físico e formação especializada nesta área o que torna um cuidado deficiente. Desta forma os entrevistados relataram que isso influencia num cuidado de qualidade, dado a inexistência de capacitação nesta área tão delicada. No BUP é feita apenas a intervenção terciária com o intuito de tratamento e reabilitação da criança. Desta forma é de realçar a importância da assistência da enfermagem sendo os enfermeiros profissionais que passam maior tempo com a criança durante todo o processo de hospitalização, logo os enfermeiros devem estar capacitados com formações especializadas e assim prestar os cuidados de uma forma holística a criança vítima de abuso sexual.

**Palavras-chave:** Abuso sexual em criança; O papel da família; Assistência de Enfermagem.

## **ABSTRACT**

Sexual abuse is a problem that affects the whole world and Cape Verde is no exception, because it is a public health problem that increases its incidence day by day. Sexual abuse as a child does not only affect the individual, but the family members also end up being involved, because before the event the family needs to reorganize to be able to respond to the needs of the victimized child. It is in this sense that the purpose of this study is to describe the nursing care of the child victim of sexual abuse attended at the Pediatrics service of the Dr. Baptista de Sousa Hospital. This is a descriptive, exploratory, phenomenological study of a qualitative nature carried out at the Pediatric Service of Dr. Baptista de Sousa Hospital, in which 9 nurses participated, one of them being a victim of sexual abuse as a child. Data were collected through a semi-structured interview. The results indicate that there are a number of factors that make care difficult, namely the shortage of human resources and hospital materials, physical space and specialized training in this area, which makes care deficient, being that in this way the interviewees reported that this influence in a quality care, given the existence of qualification in this delicate area. Of this form in the BUP only the tertiary intervention is done with the intention of treatment and rehabilitation of the Child. In this way it is to highlight the importance of nursing care being the nurses who will spend more time with the child throughout the hospitalization process, so the nurses should be trained with specialized training and thus provide care in a holistic way the child Victim of sexual abuse.

**Keywords:** Sexual abuse in children; the role of the family; Nursing Assistance.

## **LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS**

**APAV** - Relatório da associação portuguesa de apoio a vítima

**BO** - Boletim oficial

**BUP** - Banco de urgência de pediatria

**CID** - Classificação Internacional de doenças

**DST** - Doença Sexualmente Transmissível

**Dr.** - Doutor

**ENF** - Enfermeiro

**ICCA** - Instituto cabo-verdiano da criança e do adolescente

**ECA** - Estatuto da criança e do adolescente

**OMS** - Organização mundial da saúde

**OPAS** - Organização pan-americana de Saúde

**ONU** - Organização das Nações Unidas

**HBS** - Hospital Dr. Baptista de Sousa

**UNICEF** - Fundo das nações unidas para a infância

**NCCAN** - National Center on Child Abuse and Neglect

**TEPT** - Transtorno de estresse pós-traumático

**TCC** - Trabalho de Conclusão de Curso

**TP** - Treinamento de pais

**NANDA** - Associação Norte-americana de Diagnósticos de Enfermagem

**NIC** - Classificação de intervenções de enfermagem

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do plano curricular do curso de licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo com parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura. Este intitula-se: Assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual atendida no serviço de pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa.

Nos últimos tempos tem-se notado um aumento do número de casos de abuso sexual infantil em Cabo Verde, o abuso sexual é um problema de saúde pública que aumenta os números de casos todos os dias. Torna-se muito preocupante, pois estes abusos sexuais podem ser tanto intrafamiliar como extrafamiliar. Sendo assim é primordial o interesse em ter profissionais envolvidos seguindo diretivas metodológicas eficazes, prestando assim um cuidado de qualidade a criança, isto é ter profissionais competentes para cuidar desses casos.

É de evidenciar que este estudo foi motivado pela necessidade de entender melhor, esta problemática que tem sido alvo de atenção atualmente (pela notificação de vários casos), tornando assim imprescindível a necessidade de uma investigação científica, sendo assim houve a necessidade de estudar o tema, com o intuito de obter mais conhecimentos nessa área a fim de motivar para formações nesta área, que contribuí na melhoria da assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual.

Não obstante a isso é importante ressaltar o interesse em ganhar competências no que diz respeito a saúde da criança de modo a desenvolver as práticas de enfermagem com a máxima eficiência e eficácia possível ajudando assim na melhoria das condições de saúde da criança em geral.

É de extrema importância a capacitação dos enfermeiros, sendo que através de formações atualizadas, suas atuações são mais amplas uma vez que vai participar no diagnóstico precoce e do tratamento dos agravos em consequência do abuso sexual a criança. Salientar ainda a importância do encaminhamento psicológico para que a criança aprende a lidar com o problema, pois faz parte das competências do enfermeiro ter conhecimento e saber encaminhar para especialistas cada situação clínica que depende o seu utente.

O número de caso tem vindo a aumentar cada vez mais, nota-se a necessidade de maior atenção por parte dos profissionais de saúde, e das entidades judiciais, os próprios familiares e da sociedade em geral de modo a melhorarem e a prevenir de novos casos.

Relativamente a estrutura do trabalho é de referir que este encontra-se organizado em três capítulos para uma melhor compreensão do tema em estudo. Antes de entrar no primeiro capítulo fez-se uma nota introdutória, que corresponde a uma breve apresentação do tema e a justificação pela escolha do mesmo.

O capítulo I - corresponde ao enquadramento teórico onde se depara com alguns conceitos chave: abuso sexual, história do abuso sexual, tipos de abuso sexual, o silêncio das vítimas de abuso sexual, assim como as intervenções multidisciplinar; assistência/Intervenções de enfermagem. No capítulo II - fase metodológica foi apresentado a metodologia que serviu de base para a elaboração do estudo. Neste encontra-se bem explícito o tipo de estudo, o instrumento de recolha de informações, a população alvo do estudo, o campo empírico bem como os preceitos éticos que foram respeitados durante toda a investigação.

E por último o capítulo III - a fase empírica do estudo, nesta fase foi evidenciado a apresentação, a análise e discussão dos dados do processo de investigação, por fim segue as considerações finais, referências bibliográficas, os apêndices e anexos.

E para apoiar este estudo foi imprescindível um campo empírico, que foi o serviço de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa de São Vicente, sendo as informações recolhidas junto dos enfermeiros que trabalham neste serviço mediante um guião de entrevista. Deste modo é de realçar que estas informações posteriormente foram examinados e interpretados na fase empírica do trabalho, de modo a tirar conclusões acerca do estudo realizado e assim propor estratégias para resolver a problemática.

Salienta-se que a elaboração deste estudo procurou atender a todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação, e encontra-se redigida e formatada de acordo com as normas de redação e formatação em vigor na Universidade do Mindelo e também segue as normas do novo acordo ortográfico.

## **JUSTIFICATIVA E PROBLEMÁTICA**

Considera-se o tema escolhido para realização desta investigação científica pertinente e de uma grande relevância, uma vez que é um tema bastante delicado e há necessidade de obter conhecimentos nessa área de modo a desenvolver competências que serão necessárias na vida futura contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da criança vítima de abuso sexual.

Ao longo dos ensinamentos clínicos deparou-se com uma precisão em trabalhar esta temática, pois constitui uma oportunidade de pesquisa e de constatar a realidade deste mal que aflige as crianças e seus familiares. Com este pensamento, começou-se a refletir sobre certos aspectos da saúde da criança, pois no ambiente acadêmico somente se aprende as causas, sintomas e tratamento de doenças da infância, sem aprofundar as doenças sociais como a violência e em especial o abuso sexual infantil.

Sendo assim é de salientar que a temática em estudo trás interesse a nível pessoal, acadêmico e profissional. A nível pessoal este estudo é de grande relevância uma vez que todos estão suscetíveis a ter um familiar ou um amigo próximo, a ser vítima de abuso sexual: quanto ao nível acadêmico para além de alcançar os objetivos preconizados com a elaboração do trabalho pretende-se ainda contribuir para realização de novos trabalhos dos estudantes de enfermagem e trazer novos conhecimentos relativamente a temática: a nível profissional, no que tange à enfermagem é essencial realçar que este é um tema bastante saliente nesta profissão visto que o enfermeiro é o principal cuidador e esta mais próximo da criança hospitalizada, portanto é necessário que esteja mais envolvido possível em estudos dessa categoria, de modo a obter novos conhecimentos e atualizar os já existentes, para que possa melhorar e adequar a sua assistência de enfermagem.

É imprescindível realçar a importância da assistência da enfermagem a criança vítima de abuso sexual uma vez que essa assistência revela-se fundamental. Os enfermeiros são os primeiros profissionais que atendem estas crianças.

Sendo assim, pode constatar que o conhecimento do enfermeiro sobre o seu papel no acolhimento da vítima e na notificação de casos é de grande relevância, uma vez que todos os profissionais que trabalham com crianças precisam ter noções de princípios básicos sobre o abuso sexual infantil. Dado que é esperado um conhecimento básico, para não haver falhas no atendimento, bem como a ocorrência de dano secundário (decorrente de



um atendimento defeituoso) além dos danos primários causados pelo próprio abuso sexual a criança.

Entende-se que esta temática precisa ser analisada, visto que a problemática demanda necessidades especiais não somente psicológicas, emocionais, sociais, e de competências judiciais. Observa-se no dia-a-dia da enfermagem algumas dificuldades demonstradas pelos profissionais em intervir em situações em que a criança foi vítima de abuso sexual dado a inexistência e a falta de capacitação nesta área tão ampla e complexa.

A boa comunicação é chave de tudo, pois nunca é cedo demais para a criança aprender esses conceitos. Já que o abuso sexual acontece em todas as faixas etárias, sendo que estudos mostram que informações em assuntos sobre o corpo e a sexualidade tornam a criança menos vulnerável ao abuso sexual e com competência e habilidade para se expressar e buscar ajuda caso esteja sofrendo este tipo de violência.

De acordo com a sondagem da organização mundial da saúde (OMS, 2002, p. 124) “estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. É considerado um problema de saúde pública que pode trazer muitas consequências à vítima, ao agressor, à sociedade em geral e principalmente à saúde psicológica dos afetados”.

Segundo estudo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2005) quando se trata de abuso sexual, os dados impressionam pois estima que 49% das crianças sofrem algum tipo de violência dentro de suas casas, nomeadamente o abuso sexual que pode ser cometido por um dos pais ou mesmo familiares bem próximo da criança.

Segundo Arcari (2014) estima-se que 1 em cada 10 criança sofre algum tipo abuso sexual durante a infância. E isso é independente da etnia, cultura, idade ou classe social, sendo que na maioria das vezes é cometido por uma pessoa de convivência da criança, na qual ela confia e tem sentimentos de afeto.

Assim nesta lógica Pfeiffer e Salvagni (2005, p. 212) referem que “o abuso sexual infantil é considerado, pela OMS, como um dos maiores problemas de saúde pública, sendo o segundo problema de saúde infantil. Estudos realizados em diferentes partes do mundo sugerem que 7-36% das meninas e 3-29% dos meninos sofreram abuso sexual”.

Pheiffer e Salvagni (2005) ainda acrescentam que a sua real prevalência é desconhecida, visto que muitas crianças não revelam o abuso, somente conseguindo falar sobre ele na idade adulta. Deste modo Larcher (2012, p. 237) sublinha que “o abuso sexual

é uma realidade difícil de identificar, transversal a todos os países e a toda sociedade e com características muito variáveis”.

Em concordância Braun (2002) afirma que as estatísticas, portanto, não são dados absolutos. Trabalha-se com um fenómeno que é encoberto por segredo, um muro de silêncio, do qual fazem parte os familiares, vizinhos e, algumas vezes, os próprios profissionais que atendem as crianças vítimas de abusos sexuais.

Jahnsen (2005) acrescenta a isso que países com limitados recursos socioeconómicos podem não ser capazes de manejar todos os relatos de suspeita de abuso sexual ou coletar dados referentes a eles.

Desta forma o abuso sexual deve ser debatido de forma a perceber como atuar, evitar e punir, pois a educação com a comunicação talvez seja uma das soluções preventivas. Assim ao ver de Carvalho (2007) a mudança começa dentro da sociedade, das famílias, amigos, jovens, dentro de cada um, e isso vai ajudar a enfrentar este problema social pois é uma questão sociocultural, a cultura do “estupro” e do abuso ser culpa da vítima. Na perspectiva de Magalhães (2008) salienta que “(...) além da preparação de profissionais com competência específicas nesta área é fundamental a melhoria das condições de saúde e o treino dos profissionais de saúde”.

Tomando a violação sexual como uma transgressão dos direitos das crianças, Figueiredo e Bochi (2013, p. 180) afirmam que “(...) a exploração sexual comercial se manifesta de maneira complexa e tem inúmeras interfaces. Trata-se de um fenómeno mundial, que não está associado apenas à pobreza e à miséria”.

Deste modo os autores Figueiredo e Bochi (2013, p. 181-186) acrescentam que o abuso sexual acontece em todas as classes sociais, o que acontece é que:

“ as que são cometidas nas classes sociais ricas são escondidas com o medo de manchar o nome da família, e ao contrário do que muita gente imagina, a exploração sexual atinge todas as classes sociais e está ligada também a aspectos culturais, como as relações desiguais entre homens e mulheres, adultos e crianças, brancos e negros, ricos e pobres”.

Nos Estados Unidos, segundo Larson et al (1994) *cit in* Moura (2009) “os órgãos oficiais oferecem informações incompletas tanto sobre a incidência (número de casos relatados a cada ano) quanto sobre a prevalência de número de pessoas na população como um todo que já sofreu um determinado agravo de saúde, neste caso, o abuso sexual”.

De uma estatística feita em Brasil no ano de 2007 pelo conselho regional de serviço social, OPAS e a OMS estima-se que apenas 2% dos casos de abuso sexual contra crianças, nos casos em que o agressor é parente próximo, chegam a ser denunciados à polícia.

Moreira (2013, p. 174) relata que:

“na África, no Reino da Suazilândia, em 2007, meninas na faixa etária de 13 a 17 anos foram forçadas a sua primeira relação sexual, sendo isso de ocorrência em nível domiciliar. A partir disso, mesmo entendendo a cultura de países da África, práticas como essas, assim como a extirpação parcial ou total do clítoris em meninas de 5 a 10 anos de idade, podem ser compreendidas pela OMS como sendo um ato de violação dos direitos da criança e do adolescente. Também na Índia estudo verificou que 53% das crianças de 13 Estados sofriam com abusos sexuais em suas diversas formas; já no Estados Unidos da América do Norte, em 2010, estimaram-se que 12% das crianças e adolescentes foram vítimas de agressões, sendo 80% de violência sexual”.

Segundo Mateus (2012) um estudo da prevalência do abuso sexual em criança em Portugal constataram que 20,5% das crianças do sexo feminino e 6,3% do sexo masculino foram abusados por um membro da família. Pineda-Lucatero et al (2008) comparando o estudo a México a prevalência no género feminino é inferior verificaram que 14,2% dos sujeitos do género masculino e 32,3% do género feminino foram vítimas de abuso sexual na infância.

Um estudo realizado no Brasil segundo Moreira (2013, p. 233) relata que a taxa de hospitalização por causas externas registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS - DATASUS, em 2009, “na faixa etária de 5 a 9 anos, no Estado de Minas Gerais foi de 15,1%; em São Paulo, de 13,3%; no Rio Grande do Sul de 11,7%; na faixa etária de 10 a 14 anos foi de 20,4%, 16,9% e 13,6%, respectivamente.

Ainda o mesmo autor Moreira (2013, p. 240) ressalta que:

“verificou-se que as crianças do sexo feminino foram em maior frequência vítimas de abuso sexual, com 56% das ocorrências, sendo que no sexo masculino essa proporção foi de 44,0%. Os dados mostram que crianças de ambos os sexos e nas diferentes faixas etárias estão suscetíveis ao abuso sexual”.

Um estudo levado a cabo pela UNICEF observou-se que pelo menos 95% das vítimas de violência e abuso sexual contra crianças e adolescente em Cabo Verde são do sexo feminino, dando assim o aumento de número de denúncias no país, foi criado um plano nacional de combate á violência e abuso sexual contra crianças e adolescentes com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância, (UNICEF, 2005).

Infelizmente em Cabo- Verde nos últimos tempos os casos de abuso sexual em criança tem sido um acontecimento constante, segundo os dados da ICCA e da Polícia

Judiciária, entre 2009 a 2014 as queixas por abuso sexual de crianças e adolescente quadruplicaram. Nos últimos três anos registou-se uma média semanal de 3,5 atendimentos destes casos, segundo um estudo nacional (Andrade, 2016).

Os dados constam do estudo Nacional de Enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes 2015-2018, elaborado pela ICCA. Segundo os dados parciais do estudo, o programa de Emergência infantil da ICCA praticamente quadruplicou o número de denúncias no período de 2005-2009 para 2010-2014, com um aumento também através do programa disque denuncia e da Delegacia de saúde da Praia. As vítimas são na maioria do sexo feminino, 95% de casos atendidas no ICCA, menores de 12 anos 53% e procedentes de seis ilhas 54% (Andrade, 2016).

Segundo Andrade (2016) Santiago destaca-se em número de denúncias, refere o estudo que assinala tendência de aumento, e nas ilhas do Fogo, Sal, São Vicente e Santo Antão. O estudo aponta ainda a predominância de dois tipos de abuso sexual em Cabo Verde, sendo que 34% dos abusos ocorrem dentro da família e foram praticados em casa por parentes e familiares: Intrafamiliar em que o agressor é habitualmente o pai, o padrasto, o tio, cunhado, marido da tia, ou o irmão e ainda 32% dos abusos são extrafamiliar em que o agressor é geralmente um vizinho que se confia aos cuidados da menor ou amigo de família da vítima.

Dados da ICCA e da Policia Judiciaria referem que entre 2010 e o primeiro semestre de 2014, entre denúncias e acontecimentos reais deram entradas nos serviços mais de 1.100 casos. Um terceiro estudo realizado no ano de 2015 sobre abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes apresentado na cidade da Praia no decurso de um *workshop* promovido pelo Ministério da juventude, emprego e desenvolvimento dos recursos humanos e pelo Sistema das Nações Unidas em Cabo Verde destaca-se que crianças com idade inferior á 12 anos fazem parte dos 46% das crianças e adolescentes em Cabo Verde que são vítimas de abuso e exploração sexual, sobretudo por parte de familiares (Andrade, 2016).

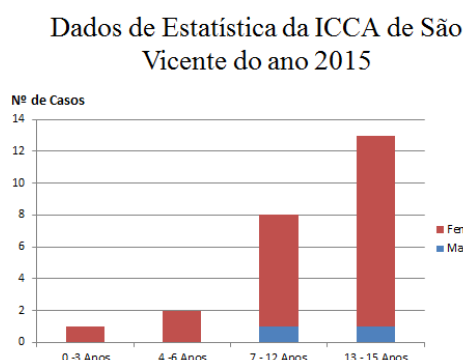
Ainda nesse mesmo estudo segundo Andrade (2016) os principais fatores que encorajam o abuso sexual é nomeadamente a percepção de impunidade dos crimes sexuais, a pobreza e promiscuidade habitacional e o uso exagerado do álcool.

Em janeiro de 2017, o Primeiro-Ministro e chefe da ONU no país apresentou um Plano Nacional de combate á violência e abuso sexual contra Crianças e Adolescentes com apoio do fundo das Nações Unidas para a Infância, com a meta de implementar até 2019 envolvendo comunidades, instituições de estado e outras organizações que atuam na área.

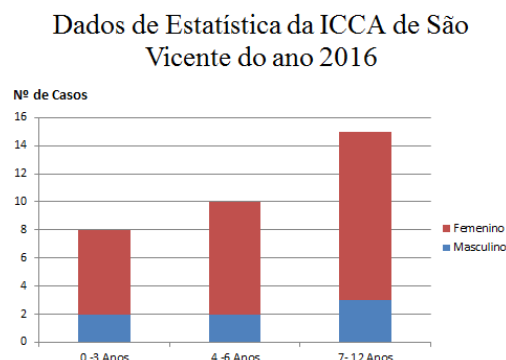
É importância salientar que este é uma problemática da atualidade sendo que, Vicente (2016, p. 137) “de uns tempos a esta parte, a comunicação social Cabo-Verdiana tem estado a nos dar conhecimento de vários casos do tipo: pai preso por pedofilia/abuso sexual, tio/tia e avô/avó presos por pedofilia/abuso sexual, turistas e estrangeiros residentes presos e condenados pedofilia/abuso sexual”.

Pode-se constatar nas figuras abaixo de acordo com as estatísticas de dados relevantes sobre casos de abuso sexual em criança em São Vicente:

**Figura 1**



**Figura 2**



**Fonte:** ICCA de São Vicente

Segundo os dados estatísticos referentes ao ano de 2015, fornecido pelo ICCA, São Vicente apresenta, 22 do sexo feminino, e 2 do sexo masculino. E desses 22 casos, 12 são casos de gravidez precoce, que foi em consequência desses abusos sexuais.

Relativamente a estatística do ano de 2016, foram 27 casos atendidos na delegação da ICCA de São Vicente, e mais 6 casos acolhidos no centro de emergência, num total de 33 números de casos anualmente. Ainda acrescenta que maioria dos casos são cometidos pelo pai, tio/tia, mãe, avô/avó, primo/prima ou pessoas próximos dos familiares.

Ao ver de Viterbo (2007) uma criança vítima de violência sexual tem muita dificuldade em exprimir a sua angústia, em denunciar o seu agressor. Podem manifestar-se na criança um determinado número de “indícios de sofrimentos”.

Deste modo Viterbo, (2007, p. 78) ainda salienta que esses comportamentos podem ser expressados de diferentes formas podendo ela ser através de “atitudes muito sexualizadas, desenho desanimado ou demasiados pouco sexualizados, agressividade, alterações bruscas de caráter ou de comportamento, medos sem motivos, avidez afetiva, atraso psicomotor, dificuldades escolares, enurese, vômitos, perturbação de sono, que devem despertar a vigilância dos adultos”.

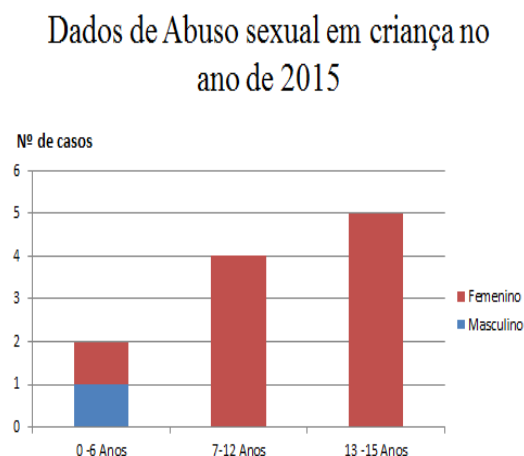
O lar deveria ser um espaço de conforto, mais infelizmente para muitos não é, pois se sintam como se estivesse a conviver com estranhos dentro da mesma casa, deste modo acrescenta Carvalho et al (2009, p. 159) “(...)que a sua ocorrência geralmente ocorre em âmbito familiar, onde deveria ser espaço de proteção, deixando a criança se sentindo desprotegida, desamparada, abandonada e com medo, já que seus agressores mantêm convivência com a criança, deixando-a indefesa”.

Além disso, Carvalho et al (2009, p. 167) realça que “o abuso sexual é envolvido por pacto de silêncio, dificultando a denúncia desses e o encaminhamento dos vitimizados a assistência qualificada. Essas dificuldades de relato dos casos, e o amparo das vítimas e famílias, o lidar com o sofrimento nessas situações têm dificultado o andamento de pesquisas nesse assunto e a criação de políticas de atendimento.”

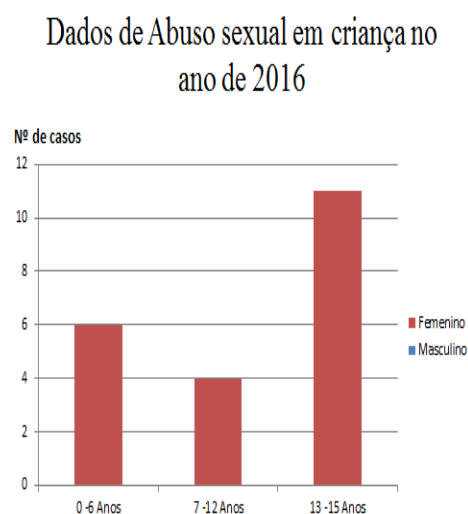
Por vez a falta de denúncia esta relacionada com casos que não são resolvidos pela justiça “o medo e a falta de resolução dos casos denunciados na justiça são os principais fatores que colaboram para que as vítimas permaneçam em silêncio, dificultando assim a notificação e resolução dos casos” (Ribeiro; Ferriani & Reis, 2004, p. 142).

Deste modo é indispensável demonstra que o abuso sexual em criança constitui um problema na ilha de São Vicente, mais concretamente com os dados mais recentes fornecidos pela polícia Judiciaria de São Vicente do ano de 2015 a 2016. Pode-se constatar nas figuras abaixo:

**Figura 3**



**Figura 4**



**Fonte:** Polícia Judiciária de São Vicente

No ano de 2015 teve a notificação de um caso, uma criança de 3 anos de idade e do sexo masculino e os restantes casos foram em crianças do sexo feminino. É notável o aumento dos casos ao longo das faixas etárias pois a cada faixa etária o número de casos tem vindo a aumentar. Sendo que foi atendida 1 caso de abuso sexual do sexo masculino na faixa etária de 0- 6 anos, e 2 casos em crianças do sexo feminino. Na faixa etária de 7 - 12 anos tiveram 4 casos do sexo feminino e 5 casos na faixa etária de 13 -15 anos, ambos do sexo feminino.

O número de casos prevalece do sexo feminino, mas isso não quer dizer que não existe casos no sexo masculino, pois na maioria das vezes esses são mais ocultados pela vítima ou mesmo pelos próprios familiares por medo ou mesmo por vergonha e constrangimentos futuros para com a sexualidade da criança.

No ano de 2016 não teve nenhuma notificação de vítimas do sexo masculino, porém isso não significa que não teve casos, mas sim que não foram notificados quer pelo ICCA, quer pela polícia, ou mesmo através do disco denúncia da ICCA em São Vicente. As vítimas do sexo feminino o número de casos aumentou de uma forma significativa. Foi o ano com maior número de notificações. Pois a faixa etária que mais se destacou foi dos 13 aos 15 anos com um aumento drástico, e maioria desses abusos foram cometidos pelos

próprios familiares, tios e pais, pois tornando deste modo a criança/adolescente mais vulnerável no seu próprio lar.

**Quadro 1 - Dados recolhidos no Hospital Baptista de Sousa no serviço pediatria de vítima de abuso sexual do ano (2012 a 2016)**

<b>Ano</b>	<b>Faixa-etária</b>	<b>Sexo Feminino</b>	<b>Sexo Masculino</b>	<b>Total de entendimento</b>
<b>2012</b>	5-6	5	0	5
<b>2013</b>	0-8	8	0	1
<b>2014</b>	0-11 Meses	1	0	1
<b>2015</b>	6-12	27	0	27
<b>2016</b>	5-13	29	0	29
<b>Total</b>				<b>63</b>

**Fonte:** Elaboração própria/Departamento de estatística do Hospital Dr. Baptista de Sousa

No quadro estão representados os dados estatísticos de casos de abuso sexual contra criança que deu entrada ao Hospital Dr. Baptista de Sousa no ano de 2012 a 2016 o que se consta um aumento aterrorizante, pois a cada ano o número de casos tem vindo a aumentar de uma forma trágica, daí a necessidade de tomar medidas imediatas, pois desta forma os números de casos de abuso sexual em criança podem aumentar, tendo em conta que tem um tendência crescente com evidência com o passar do tempo. O ano de 2016 foi o ano com maior número de casos que deu entrada ao Hospital Dr. Baptista de Sousa.

Deste modo Guimarães e Villela (2011) frisam que as repercussões dessa violência têm-se tornado um problema de saúde pública, uma vez que atinge diversas famílias. Sendo assim Drezett (2001, p. 90) realça que “as equipes multiprofissionais devem possuir o conhecimento científico acerca do assunto para oferecer assistência integral e de qualidade à população atingida”.

Os enfermeiros encontram grande dificuldade na prestação de cuidados devido a falta de recursos “produção científica sobre o tema é escasso, enfermeiros e outros profissionais de saúde possuem dificuldade na assistência quando se deparam com crianças



e adolescentes vitimadas por violência sexual, por falta de qualificação” (Ribeiro; Ferriani & Reis, 2004, p. 302).

Em concordância Tapia et al (2014, p. 120) afirmam que “estudos que retratem a temática e em decorrência do baixo número de estudos nacionais e pela dificuldade de se identificar e notificar novos casos tornou-se necessário traçar estratégias que contribuam para a reflexão, compreensão e discussão sobre esse tema tão complexo, podendo servir de apoio para profissionais da área da saúde ”.

Considera-se este tema pertinente e digno desta investigação, uma vez que este aponta para uma problemática de saúde pública que necessita de mais atenção não só por parte dos profissionais de saúde, as autoridades competentes, as intuições de apoio, como também da sociedade em geral.

Tendo em conta a pertinência da temática elaborou-se o seguinte objetivo geral:

- Descrever a assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual atendida no serviço de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa.

E para alcançar o objetivo geral traçou-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as intervenções de enfermagem prestadas a criança vítima de abuso sexual, no serviço de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa.
- Identificar as percepções dos enfermeiros do serviço de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa sobre a prestação de cuidados em criança vítimas de abuso sexual;
- Verificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros do serviço de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa na prestação de cuidado de enfermagem a criança vítima de abuso sexual.

## **CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1. Fundamentação Teórica**

Este capítulo revela-se de grande importância uma vez que permite exhibir as informações já existentes sobre o tema em estudo, isto é, para sustentar uma investigação científica, torna-se essencial fazer uma revisão bibliográfica a fim de esclarecer alguns conceitos-chave relativos ao tema, visando assim fundamentar o estudo. Neste sentido, foi necessário fazer uma revisão literária de modo a elucidar tais conceitos de acordo com a perspectiva de alguns autores, demonstrando assim a pertinência da temática, principalmente quando se depara com aumento de número dos casos a nível mundial.

A investigação deste tema pode lançar ideias para formas de prevenção das crianças e adolescentes, encorajando a construção de estratégias de coping e resiliência, decrescimento da vulnerabilidade, assim como, prestando informação e formação nesta área bem como despertar motivação para criação de protocolo de atendimento.

### **1.1. História do Abuso Sexual**

Perceber como as crianças olham para a sua história quando vítima de abuso sexual, através de uma escuta ativa, permite que sejamos capazes de lhes prestar uma assistência de qualidade e ainda de melhor compreender esta temática.

Para Krugman e Leventhal (2005) os abusos contra as crianças e adolescentes só começou a ser alvo de atenção pelos investigadores há cerca de meio século, apesar de serem praticados desde a Antiguidade, sendo assim Aded et al (2006) defende que estes atingem todas as classes socioeconómicas. A violência contra criança e adolescentes ganhou, assim, visibilidade no final da década de 50, por meio da Convenção das Nações Unidas, que reconheceram a criança ou adolescente como pessoas com direitos (Pedersen & Grossi, 2011).

Por outro lado Fávero (2003) afirma que só no final do século XIX, Freud surge como um dos primeiros autores a centrar a atenção no abuso sexual e no impacto que esse tinha a nível psicológico nas vítimas. Através da sua prática clínica, Freud constatou que muitas das suas utentes tinham sido vítimas de abuso sexual e, que essa experiência tinha acarretado consequências psicológicas, relacionando-as com a etiologia da histeria.

Deste modo Sanderson (2005) refere que é necessário entender o abuso Sexual à luz do funcionamento familiar, do papel da criança e dos comportamentos sexuais característicos de cada época histórica.

Nesta lógica Carvalho (2007) aponta que o abuso sexual é cada vez mais reconhecido como uma problemática social e de saúde pública de relevo. Em concordância com Brino e Williams (2003, p. 113-128) “são várias as áreas do conhecimento, Psicologia, Medicina, Direito, Serviço Social, Enfermagem, Educação, que têm contribuído, com as suas pesquisas, para a compreensão desta temática e propondo discussões relevantes”.

Desde há muitos anos se fala da questão do abuso sexual, este tema não é atual, mas sim discutida há muitos anos pelos primórdios. Atualmente tem sim deparado com mais casos de denúncias o que faz entender que é atual.

## **1.2. Abuso sexual, violência sexual, pedofilia e exploração sexual**

É de extrema importância as definições destes conceitos, visto que vai ajudar a entender o modo de ver de vários autores, assim achou pertinente fazer uma diferenciação com base na revisão bibliográfica, mostrando a apropriação da temática.

Uma das definições mais frequentemente referida na literatura é a proposta pelo *National Center on Child Abuse and Neglect* (NCCAN) que define o Abuso Sexual como qualquer contacto ou interação entre uma criança e um adulto, quando a criança é usada para a satisfação sexual do abusador ou outra pessoa, isto é podendo envolver, ou não, contacto físico (Carvalho, 2007).

Em concertação Maia (2012, p. 53) define como sendo a “exposição de uma vítima a uma experiência sexual inadequada, seja ela caracterizada pelo contato, atividade ou comportamentos em causa”.

Ainda acrescenta Maia (2012, p. 53) “que o abuso sexual inclui todo o tipo de contato e estimulação oral, anal e genital, carícia de qualquer zona corporal e, em particular, as denominadas zonas erógenas (zonas que produzem excitação e prazer sexual), contra a vontade ou autodeterminação da vítima menor de idade”.

Na perspetiva de Carvalho (2007, p. 233) na definição do abuso sexual deve ter em atenção alguns aspectos principais:

“ a utilização da criança por alguém mais velho para atividades que visam a gratificação sexual; a imaturidade da criança/adolescente, que a impede de se autodeterminar e dar o seu consentimento para tais atividades; o aproveitamento de uma situação de abuso de poder, quer pela sua dependência em relação ao abusador, quer pelo estatuto de autoridade que este possui”.

Enquanto para Magalhães (2005, p. 127) este corresponde:

“qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações interpessoais, num contexto de uma relação de dependência (física, emocional, psicológica), confiança e poder. Podem manifestar-se por comportamentos ativos (físicos, emocionais, ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados ou afetos)”.

Assim nesta sequência Lissauer e Clayden (2007, p. 124) definem o abuso sexual em crianças como “o envolvimento de uma criança em atividade sexual que esta não compreende totalmente, não tem capacidade para dar seu consentimento informado, não esteja preparada em relação ao seu desenvolvimento, ou não possa consentir, violando leis e tabus sociais”.

Em síntese Magalhães (2010, p. 8) define como sendo o “envolvimento da criança em práticas que visam a gratificação sexual e satisfação sexual do adulto ou jovem mais velho, numa posição de poder ou autoridade sobre aquele”, podendo ter lugar mediante diversas práticas, entre as quais “levar a criança a presenciar conversas ou leituras obscenas, atos de caráter exibicionista, tomar conhecimento de objetos pornográficos, e/ou práticas sexuais de relevo (beijos na boca, carícias genitais e nas mama, obrigação de manipular os órgãos genitais do abusador, toque recíproco dos órgãos genitais, sujeitá-los á realização de coito (oral, anal ou vaginal) ” sendo a vítima menor e considerado sem capacidade cognitiva de dar o seu consentimento informado.

Portanto, para Carvalho et al (2011, p. 89) o abuso se caracteriza por “diversas práticas, como, manipulação da genitália, pornografia, estupro, incesto, exibicionismo, assédio e prostituição”.

Florentino (2015, p. 201) refere que o abuso sexual se caracteriza “por um ato ou jogo sexual, em uma relação heterossexual ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente, ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa”.

Em relação a violência sexual Araújo (2002, p. 165) argumenta que a violência sexual é uma violação do direito de liberdade, do direito de ser sujeito da própria história, ou seja, a liberdade é uma capacidade e um direito fundamental do ser humano, “ a violência seria, então, toda e qualquer forma de opressão, de maus-tratos e de agressão, tanto no plano físico como no emocional, que contribuem para o sofrimento de uma pessoa”.

Em concordância Maia (2012, p. 4) define como sendo violência sexual “sempre que o autor impeça o menor na sua capacidade de autodeterminação sexual e que recorra a violência ou a ameaças envolvendo violência física, psicológica, verbal”. Colocando deste modo a vítima numa situação de incapacidade de resistência, é violação quando a vítima é maior de idade.

Assim segundo a UNICEF (2005, p. 5) se caracteriza por “(...) qualquer ação ou omissão que provoque danos, lesões ou transtornos ao seu desenvolvimento, pressupõe uma relação de poder desigual e assimétrica entre o adulto e a criança”.

A OMS (2006) considera como abuso, os casos em que a criança é olhada como cúmplice em situação de violência sexual perpetrados contra ela, a violência sexual nas relações de intimidade, o casamento infantil e, ainda, as práticas culturais danosas, como a mutilação genital.

Nessa sequência Paiva (2010, p. 231) afirma que “ (...) nem todo pedófilo é abusador, nem todo abusador é pedófilo. Abusador é quem comete a violência sexual, independentemente de qualquer transtorno de personalidade, se aproveitando da relação familiar (pais, padrastos, primos, etc.), de proximidade social (vizinhos, professores, religiosos etc.), ou da vantagem etária e econômica”.

É de grande importância fazer a diferenciação entre pedofilia e abuso sexual uma vez que estes conceitos por vezes podem confundir, Vicente (2016, p. 127) defende que “(...) nem todos os abusadores sexuais são pedófilos e que nem todos os pedófilos são abusadores sexuais, ou seja os adultos que têm ou mantém de forma permanente e intensa fantasias sexuais, atração física e relações sexuais com crianças são pessoas com pedofilia, ou seja, são pessoas doentes ”.

Para melhor justificação o mesmo autor Vicente (2016, p. 128) defende que:

“ a pedofilia faz parte da Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionadas com saúde (CID) e diz respeito aos transtornos de personalidade causados pela preferência sexual por crianças e adolescentes enquanto que , as pessoas que não são pedófilos mas abusam sexualmente de uma criança , numa grande maioria de vezes não possuem nenhum transtorno de personalidade, mas aproveitam de laços familiares ou de vizinhança ( ou seja beneficiam de confiança dos pais ou encarregados de educação ) e do fato de terem mais força física ou de capacidade de conquistarem as crianças com dinheiros ou presentes para convencer ou força-las a praticarem atos sexuais( sexo oral ou com penetração)”.

Deste modo Maia (2012, p.193-194) acrescenta que “a pedofilia é caracterizada como sendo uma perturbação em que um indivíduo, normalmente adulto ou adolescente, apresenta predileção sexual por vítima de idade muito pueril. Deste modo em termos clínico, os violadores ou pedófilos apresentariam um distúrbio na sua estrutura psíquica que leva a sentir atraído de que têm de abusar, ou procurar a sua satisfação sexual, mediante um conjunto de ações para alcançar os seus objetivos”.

Para Lopes (2010, p. 213) a exploração sexual “é a forma de crime sexual contra crianças e adolescentes conseguidos por meio de pagamento ou troca”.

O mesmo autor Lopes (2010, p. 213) acrescenta que a exploração sexual “pode envolver, além do próprio agressor, o aliciador, intermediário que se beneficia comercialmente do abuso, sendo que pode acontecer de quatro formas: em redes de prostituição, de tráfico de pessoas, pornografia e turismo sexual”.

A exploração sexual das crianças refere-se ao envolvimento de crianças e adolescentes dependentes, imaturos e em desenvolvimento, em atividades sexuais que eles não compreendem totalmente, às quais são incapazes de dar um consentimento informado e que violam os tabus sociais dos papéis familiares e que objetivam a gratificação das demandas e desejos sexuais da pessoa que comete o abuso (Furniss, 1993 p. 12).

### **1.3. Tipo de abuso sexual**

Os abusos sexuais podem ser de carácter, intrafamiliar e o extrafamiliar. Este último configura-se quando o abuso sexual acontece fora do lar, ou tem como abusador, alguém não próximo à família. Enquanto a intrafamiliar se caracteriza por passar dentro do

seio familiar, envolvendo o menor e parente próximo, muitas vezes pessoa do convívio diário.

Pode integrar qualquer indivíduo que assuma um papel familiar na vida da criança, seja ele padrasto, tio(a), primo(a), avó(a), ou um pai adotivo etc, independentemente da afinidade biológica/genética (Carvalho, 2007).

Para Vaz (2001) o abuso sexual contra crianças e adolescentes, ocorre muitas vezes, no seio familiar ou em locais próximos, como vizinhança ou casa de parentes. A violência na maior parte dos casos não é denunciada e há a omissão de parentes ou conhecidos quanto ao crime cometido.

Tal violência deixa “feridas afetivas” na criança que não são cicatrizadas, uma vez que o ato é praticado por alguém que a criança confia (Romaro & Capitão, 2007).

Deste modo Ribeiro (2009) acrescenta que as vítimas compreendem a situação de abuso sexual como sendo um episódio estranhos e sendo de difícil interpretação para o seu nível de cognitivo. Assim para Florentino (2015, p. 121) “ em casos de abuso sexual intrafamiliar, a família, que deveria representar um local seguro para os seus membros, torna-se um espaço de insegurança, medo, desconfiança, conflitos e de incertezas entre o que é certo e errado”.

Conforme Morales e Schramm (2002), no abuso sexual intrafamiliar há uma estrutura de poder assimétrica, pois quem abusa do outro ocupa uma posição vantajosa, por ter mais idade, por sua autoridade e pela imposição de alguns meios, tais como intimidação ou chantagem emocional. Na aparição de Magalhães (2010, p. 43) “o abuso sexual intrafamiliar rompe com todas as representações que a criança desenvolve acerca do papel da família, muitas delas reforçadas pelo próprio abusador, que através de rituais específicos”.

Ainda o mesmo autor Magalhães (2010, p. 43) afirma que “há uma inversão de papéis, nos quais a criança ou adolescente é colocada no lugar de parceiro pseudo-igual no relacionamento sexual e os papéis familiares passam a ser vivenciados de forma confusa, descaracterizando a família como o lugar de crescimento, confiança e apoio, o que acarretará enormes prejuízos ao desenvolvimento da criança ou adolescente”.



Assim sendo Ribeiro (2009, p. 43) sublinha que “esta rotura de papéis faz com que estas vítimas interpretem a situação abusiva como uma situação ambígua, estranha sendo-lhes difícil de nomear porque ela não possuem uma “grelha” de interpretação”.

De acordo com Santos (2007), o abuso sexual intrafamiliar possui uma forma de funcionamento específica, na qual o perpetrador, a criança ou adolescente vítima e a mãe constituem um sistema familiar frágil. Nessas famílias, a situação de abuso sexual é mantida em segredo a fim de que permaneça a ilusão de unidade e de que está tudo sob controle. Silva (2002) afirma que entender a violência intrafamiliar implica numa compreensão histórico-psicossocial do indivíduo e da família. Em outras palavras, como se dão as interações entre pai, mãe, filhos (as) e a forma de relacionamento interpessoal familiar. Desta forma, aponta para a importância de se estudar as famílias, voltando-se para o nível psicológico e buscando uma compreensão emocional da estrutura familiar.

Em concordância Balbinotti (2008) alega que se trata de um abuso sexual extrafamiliar quando o agressor é pessoa não pertencente à esfera familiar, mesmo que desta é conhecido e com próximas relações.

Ao ver de Seabra e Nascimento (1998) o abusador geralmente tem acesso à criança em ocasiões de visita à família da mesma, ou quando goza de confiança por parte dos pais. Entretanto, pode ocorrer ainda que o responsável pelo abuso não seja conhecido pela criança, e os atos sejam realizados fora do ambiente familiar.

O abuso sexual extrafamiliar é definido como qualquer forma de atividade sexual entre um não membro da família e uma criança, podendo ser o agressor um conhecido ou desconhecido da família/criança (Viodres Inoue & Ristum, 2008).

Para Magalhães (2002, p. 132), os tipos de abuso sexual podem ser expressas de diversas formas:

- **Violência sexual sem contacto físico:** assédio sexual; abuso sexual verbal; telefonemas obscenos; exibicionismo; voyeurismo; pornografia ou através da internet.

- **Violência sexual com contacto físico:** são atos físicos genitais que incluem carícias nos órgãos sexuais, tentativa de relações sexuais, masturbação, sexo oral.

Consideram-se como contatos sexuais diretos a penetração vaginal, oral ou anal e os contatos sexuais indiretos a masturbação, exposição dos genitais à criança, coagir a

criança a ter relações sexuais com terceiros, exploração através de pornografia infantil (Fleming et al, 1999).

Uma outra forma pode ser segundo, (Fleming et al, 1999):

“ (...) tocar ou acariciar o corpo da criança; incentivar a criança a tocar no corpo do agressor, ou tocar no seu próprio corpo de forma sexual; friccionar os genitais do adulto contra o corpo da criança, de forma sexual; tocar nos órgãos genitais da criança com a boca ou que a criança toque com a boca nos genitais do agressor; tentar ter sexo anal ou vaginal com a criança; ter sexo anal ou vaginal com a criança”.

Segundo Lissauer e Clayden (2007) o abuso sexual inclui uma variedade de atos:

- Exposição genital;
- Acariciamentos;
- Atividade sexual genital, anal, oral ou intercurso;
- Inclusive violação sexual;
- Envolvimento em pornografia;
- Voyeurismo (ter prazer através do contacto visual);

#### **1.4. Sinais e sintomas (Indicadores)**

São vários os sinais e sintomas que a criança vai apresentando, sendo que este varia conforma a sua faixa etária, neste sentido é preciso estar atendo a todos os sinais e sintomas ou mesmo comportamentos considerados estranhos, e ser capaz de deteta-los numa fase inicial.

Na perspetiva de Magalhães (2005) os sinais, mas sobretudo os sintomas, variam conforme a gravidade do abuso sexual, o sexo e idade da vítima, sua capacidade de reagir e a experiência de estruturas de apoio no seu meio.

Ao ver de Fávero (2003, p. 83) tendo em conta que nem todas as crianças apresentam todos ou os mesmos efeitos, tal avaliação poderia cometer graves erros e representar uma visão parcial do problema. A principal indicação a ter em conta “é que qualquer alteração brusca no comportamento da criança pode ser tomada como um indicador de abuso sexual. Estas são alterações escolares, familiares, sexuais, na saúde, no sono, na alimentação, etc”.

Ainda o mesmo autor, Fávero (2003), salienta que os abusos sexuais a menores têm sido um “segredo” bem guardado até há bem pouco tempo. A sua “descoberta” dentro dos abusos infligidos às crianças revela a sua dimensão e a sua amplitude, transformando um episódio íntimo e doméstico, nalguns casos, num fenómeno de interesse social e de domínio público.

Contudo a deteção e o diagnóstico em casos de abusos sexuais a menor colocam sempre grandes dificuldades. Assim Magalhães (2002) apresenta alguns casos, ou motivos, pelo qual se torna difícil a deteção desses abusos em crianças:

- Raras vezes resultam lesões físicas ou existem vestígios de outro tipo que constituam indicadores, portanto: na maior parte de casos com crianças não a penetração anal ou vaginal; quando há penetração, a ejaculação dá-se, muitas vezes fora das cavidades; frequentemente, a criança e as roupas são lavadas; geralmente, o período entre a ocorrência e o exame medico-legal é superior a 48h, o que torna difícil, se não impossível, os estudos para pesquisa de esperma;
- O tabu social implícito (vergonha, medo) dificulta o pedido de ajuda;
- Os menores, sobretudo os de idade mais baixa, podem confundir a relação com uma manifestação afetiva “normal” ou podem estar submetidos á pressão do segredo imposto pelo abusador.

Sendo assim Seabra et al (2002) acrescenta que estes casos geram um conjunto de sintomas (característicos dos abusos sexuais), estes que por sua vez podem causar graves perturbações a criança vítima de abuso sexual, e por sua vez pode ser visto como um sintoma para auxiliar os pais e os profissionais em geral na orientação de uma prevenção eficaz.

O mesmo autor Seabra et al (2002) salienta que infelizmente o abuso sexual não pode ser evitado mas sim pode-se criar estratégias que podem interromper o seu avanço. Os sinais mais característicos, segundo Magalhães (2010, p. 309), são os seguintes:

- Leucorreia (corrimento) vaginal persistente ou recorrente;
- Ruborização e/ou inflamação dos órgãos genitais externos femininos ou anal;
- Lesões cutâneas;

- Lesões no pénis;
- Lacerações ou fissuras genitais ou anais, sangrantes ou cicatrizadas, designadamente no rafe posterior da vulva;
- Rotura do hímen;
- Hemorragia vaginal ou anal;
- Laxidez anormal de esfíncter anal ou do hímen;
- Equimoses e/ou Petéquias na mucosa oral e/ou lacerações do freio dos lábios;
- Infecções urinárias de repetição;
- Doença sexualmente transmissível (gonorreia, sífilis, SIDA, tricomoniase, etc)
- Presença de esperma no corpo ou na roupa da menor;
- Presença de sangue de outra pessoa ou substância estranha, como lubrificantes, no corpo ou na roupa da criança;
- Gravidez.

Quando verifica-se os sinais e os sintomas de uma patologia, muitas vezes constatamos que ambos se confundem, isto porque os sintomas podem transformar-se em sinais (Martí, 1999).

Ao ver de Maia (2012, p. 37-38) os principais sinais que a criança apresenta são:

- Apresenta extremamente efectiva e conhecedora de formas e expressão de sexualidade inadequada á sua idade;
- Problemas médicos, como comichão crónica nas áreas genitais, (prurido nos genitais), dor nos órgãos genitais ou doenças sexualmente transmissíveis numa criança (Sífilis, gonorreia) etc.
- Outras reacções extrema, como a depressão, automutilação, tentativas de suicídio, fugas inesperadas de casa, uso de drogas e *overdoses*, anorexia, etc
- Alteração de personalidade, como por exemplo, torna-se, repentinamente, insegura ou hiperdependente;
- Regresso a padrão de comportamentos mais infantilizados do que seriam de esperar para sua idade e que já haviam sido ultrapassados;
- Súbita perda de apetite ou comportamentos compulsivo de ingestão de alimentos;
- Isolar-se e não querer relacionar-se com outras pessoas, mesmos os familiares e amigos próximos;

- Incapacidade de concentrar-se nas suas tarefas habituais (como por exemplo baixo rendimento académico);
- Passar a ter falta de confiança ou medo de estar com alguém que conhece bem, como se não quisesse ficar sozinha com a pessoa que fica a tomar conta dela;
- Passar a apresentar perda de controlo de esfíncter, ou seja, voltar a fazer xixi na cama, ou mesmo durante o dia, depois de já ter sido autónoma e de não necessitar de fraldas (enurese secundária);
- Surgimento de pesadelos ou patologia denominada de terror noturno;
- Apresentar uma mudança súbita em comportamentos simples, como não deixar a mãe ou pai lhe mudem a roupa ou dêem banho, apresenta preocupações várias, como pudor excessivo, ou preocupação em não mostrar o seu corpo nu (por vezes, porque contem marcas indicadores de abusos) entre outros motivos;
- Subitamente, passar a desenhar imagens de agressividade ou de cariz sexual explícitos;
- Passar a tentar um comportamento irrepreensível, perfeito, procurando agradar e lidando muito mal com a crítica.

Ainda é de salientar segundo Maia (2012, p. 87) que abuso sexual de rapazes é comum, embora “o abuso sexual de meninas tenha sido amplamente mais estudado, levando a uma maior consciência da prevalência e fatores de risco do abuso sobre as raparigas do que sobre os rapazes e, logo, sobre as consequências que ambos sofrem”. Sendo assim Maia (2012, p. 87) aponta os sinais de abuso sexual nos rapazes como sendo:

- Medo (o abusador tende a ser mais violento com a vítima masculina do que com a vítima feminina causando assim maior medo face á integridade física e psicoemocional da vítima);
- O estigma social contra o poder ser considerado pelos outros como comportamento homossexual;
- A crença mais masculinizada de que o rapaz deve defender-se a si próprio e não deve pôr a nu suas fragilidades;
- Preocupação com a perda de independência.

Já na perspectiva Fávero (2003, p. 212) os sintomas verificados são:

- Físicos: sangramento nos genitais ou ânus, fissuras anais, lacerações vaginais, infecção urinárias, DST's, dor ao sentar-se ou ao andar;
- Sexuais: comportamentos e conhecimentos sexuais não esperados para a idade, masturbação excessiva, jogos sexuais muito persistentes, comportamento sexual provocador, sexualização de todas as relações, assumir o papel de mãe na família;
- Sociais: medo dos homens ou de um homem específico, isolamento social, desconfiança relacional, rejeição de contato que antes aceitava, problemas escolares como falta de concentração e baixo rendimento que aparecem de forma brusca, fugas de casa;
- Psicológicos: problemas de sono ou alimentação, que aparecem abruptamente e sem outra explicação e reação de medo á hora do banho ou de a verem nua, medos, fobias, ansiedade, depressão, ideias de suicídio, etc.

Desta forma Lopes (2010) sublinha que se pode verificar que surgem várias alterações e dependendo assim da faixa etária da criança assim surge os sintomas.

No entanto, como já foi referido anteriormente, existem em muitos casos a ocultação completa do abuso, onde a força do segredo dificulta o trabalho realizado pelos profissionais nesta área, o que não significa impossibilidade. Desta forma que tantos os familiares, pessoas próximas da criança, bem como os profissionais de saúde devem ficar atentos, de forma a saber detectar os sinais e sintomas do abuso sexual.

## **1.5. Consequências do abuso sexual na criança**

Deste modo é de salientar as inúmeras consequências do abuso sexual em crianças, estas podendo ser de curto, médio e longo prazo ou mesmo eternas. Para Gabel (1997, p. 23) as consequências do abuso sexual são distintas, variando caso a caso dependem de fatores, entre outros, como a “idade da criança à época do abuso sexual, o elo existente entre ela e o abusador, o ambiente familiar em que a criança vive, o impacto que o abuso terá após a sua revelação, a reação dos conhecidos, as decisões sociais, médicas e judiciais que intervirão no caso”.

O Abuso Sexual influencia negativamente o desenvolvimento, resultando em transtornos mentais, comportamentos sexuais de risco, afetando o bem-estar psicológico, a saúde física, o bem-estar socioeconómico (Fergusson et al, 2013). Deste modo ao ver de Perreira (2014) o ASC origina vários tipos de disfunção sexual, visto que este é um evento de vida traumático em que as consequências nefastas aumentam com a gravidade do abuso.

Ferree (2009) refere que as vítimas costumam dizer que o abuso sexual cria "um buraco na alma". Assim, o abuso sexual é uma profunda violação de tudo o que deveria ser mais seguro e afeta todos os aspetos de uma pessoa: físico, mental, emocional, relacional e espiritual. As pessoas não apercebem, no futuro, que na base dos seus problemas psicoemocionais e outras está a experiência do seu abuso sexual.

Ainda acrescenta o mesmo autor, Ferree (2009), que muitos sofrem de problemas de saúde mental não diagnosticados ou de problemas físicos, como dor inexplicável nas mais variadas partes do corpo ou desconforto gastrointestinal.

Em concordância Aded et al (2006 p. 204-213) frisam que várias perturbações mentais têm sido relacionadas com "eventos traumáticos ocorridos na infância, com níveis de gravidade que variam com o tipo de abuso, a sua duração e o grau de relacionamento entre a vítima e o agressor".

Outros autores Zavaschi et al, (2002 p. 189-196), defendem que "cerca de 50% das psicopatologias encontradas nos adultos são consequência de traumas na infância". Este comprometimento da saúde mental e a futura adaptação social das vítimas, varia de indivíduo para indivíduo, tendo em conta a violência sofrida e a capacidade de reagir face a situações stressantes (Aded et al, 2006).

Na ótica de Fergusson et al, (2013) os efeitos adversos do abuso sexual não se limitam a desfechos psiquiátricos, mas também incluem diminuição do bem-estar psicológico, sexual, físico e socioeconómico.

Sendo assim para Kaplan e Sadock (1990) as consequências do abuso sexual para a criança podem envolver aspectos físicos, psicológicos, sexuais e sociais, sendo que seus efeitos físicos e psicológicos podem ser devastadores e perpétuos.

Ainda acrescentam Fergusson et al, (2013, p. 664-674) que esses efeitos são maiores a nível mental: "os problemas de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade,

perturbação anti-social da personalidade, dependência de substâncias, ideação suicida, tentativas de suicídio entre os 16-25 anos”.

Furniss (1993) defende que os fatores que influenciam o dano psicológico ou a gravidade do abuso sexual variam de acordo com a idade da criança no início do abuso, duração do abuso (evidências sugerem que quanto maior a frequência e a temporalidade maior o dano à criança), o grau de violência (o uso de força pelo abusador gera maior dano a criança), a diferença de idade entre a pessoa que cometeu o abuso e a vítima (quanto maior a diferença maior o dano), a importância da relação entre abusador e vítima (quanto maior a proximidade e intimidade piores as consequências, ou seja, casos incestuosos tendem a ser mais graves do que os casos em que o agressor é alheio à família), o grau de segredo e de ameaça contra a criança.

No testemunhar de Serafim (2011, p. 102) as consequências vão acompanhar a criança ao longo da sua vida, e este pode desencadear até perturbações, “o abuso sexual de crianças e adolescentes podem causar consequências para o resto da vida, pois, crianças abusadas tendem a apresentar transtornos de ansiedade e alimentação, depressão, estresse, medo, perda de interesse pelos estudos e brincadeiras, isolamentos, transtornos sexuais na vida adulta, além de um possível risco de revitimização.”

Nesta linha de pensamento, Carvalho et al, (2009, p. 234) realçam que quando a criança passa por um episódio de violência sexual, vê a mãe como pessoa que pode confiar e desabar “geralmente, a primeira pessoa que a criança tem acesso e procura para solicitar ajuda é a mãe, que então se consideram culpadas e imperfeitas por não terem realizado bom cuidado com a criança, descrevem como dor insuperável, e acabam convivendo com a ideia de que não puderam fazer nada para proteger seus filhos.”

Deste modo estes mesmos autores Carvalho et al, (2009, p. 240) “consideram a mãe como uma vítima secundária que deve receber atenção e cuidados. A mãe, por ser a pessoa mais acessível e próxima à criança é quem deveria perceber os primeiros sinais e sintomas de abuso sexual infantil”.

Furniss (1993) também fala que o sentimento de culpa relaciona-se muitas vezes a estigmatização que a criança sofre devido à acusação por parte dos próprios pais e da família. Ao invés de agirem como elemento de proteção, acatando e procurando



compreender o sofrimento infantil, eles podem condenar a criança à posição de mentirosa e destruidora do lar.

Ao ver de Blanchard (*apud* Amazarray e Koller 1998, p. 341):

“ (...) vivenciar um trauma físico e sexual faz com que a vítima questione sua capacidade para se defender. Muitas vezes, a criança passa a odiar seu corpo que a faz lembrar das más experiências às quais foi submetida. Também se verifica uma dificuldade de intimidade e distância emocional. A criança passa a não confiar na sua memória, nos seus pensamentos e no seu senso de realidade. Juntamente a tudo isso ela aprende que não pode controlar seu corpo e que outra pessoa pode manipulá-la sem seu consentimento”.

Meichenbaum (1994) em seus estudos verifica que o abuso sexual infantil é um fator de risco para futuros distúrbios psiquiátricos. Além disso, ele discorre sobre a multigeracionalidade, ou seja, o fenômeno a partir do qual uma criança abusada no passado pode se tornar futuramente um pai ou mãe abusivos.

Em concordância Amazarray e Koller, (2004) corroboram suas ideias, relatando que crianças abusadas podem se tornar, elas próprias, futuros abusadores. Deste modo Cunha et al (2008, p. 45) afirma que o abuso sexual e suas consequências sobre a saúde da vítima “são primeiramente uma violação dos direitos humanos, não escolhendo cor, raça, credo, etnia, sexo e idade para acontecer”.

Com isto no ponto de vista de Day et al, (2003, p. 504) algumas possíveis manifestações psicológicas decorrentes do abuso sexual que ocorrem a curto e longo prazo. Em seu estudo, as potenciais manifestações em curto prazo são:

- Medo do agressor e de pessoas do sexo do agressor;
- Queixas sintomáticas; sintomas psicóticos;
- Isolamento social e sentimentos de estigmatização;
- Quadros fóbico-ansiosos, obsessivo-compulsivo;
- Depressão; distúrbios do sono;
- Aprendizagem e alimentação;
- Sentimentos de rejeição, confusão;
- Humilhação, vergonha e medo;
- Secularização excessiva, como atividades masturbatórias compulsivas.

Ainda os mesmos autores Day et al, (2003, p. 508) acrescentam:

“relatam que já os danos tardios podem se manifestar através de ocorrência e incidência de transtornos psiquiátricos como dissociação afetiva, pensamentos invasivos, ideação suicida e fobias mais agudas; níveis mais intensos de medo, ansiedade, depressão, raiva, culpa, isolamento e hostilidade; sensação crônica de perigo e confusão, cognição distorcida, imagens distorcidas do mundo e dificuldade de perceber a realidade; pensamento ilógico; redução na compreensão de papéis mais complexos e dificuldade para resolver problemas interpessoais; abuso de álcool e outras drogas; disfunções sexuais; disfunções menstruais e homossexualismo/lesbianismo”.

Atendendo a isto, Gabel (1997, p. 78) alude que apesar da discussão apresentada “a partir dos aspectos psiquiátricos, biológicos e neurológicos, considera-se que a questão do trauma psíquico, evidentemente, está no cerne da situação do abuso sexual”.

Neste sentido, Flores et al, (1994, p. 204) retomam a discussão para o campo subjetivo, debatendo uma questão que, “praticamente todas as vítimas de abuso sexual passam após a situação abusiva – estresse pós-traumático ou Transtorno de Estresse Pós-Traumático”, como costuma ser nomeado por alguns autores.

Ainda convém realçar que o transtorno de estresse pós-traumático – TEPT - está ligado a “experiências incomuns da existência humana que causam um impacto emocionalmente severo no indivíduo, deixando consequências que afetam a saúde física e mental” (Flores et al. 1994, p. 204).

De acordo com e Flores et al. (1994, p. 206-210), as principais manifestações do TEPT são divididas em grupos: “sonhos traumáticos, comportamento de reconstituição, angústia nas lembranças traumáticas; evitação psicológica, fuga de sentimentos, pensamentos, interesse reduzido em atividades habituais, sentimento de estar sozinho, transtorno do sono, irritabilidade, raiva, e resposta autônoma a lembranças traumáticas”.

Assim sendo Romaro e Capitão (2007, p. 205) fazem referência a outros tipos de transtornos que podem ser causados pelo abuso sofrido na infância ou adolescência “trata-se das disfunções sexuais como a falta ou perda do desejo sexual que inclui a frigidez, aversão sexual e falta de prazer sexual, falha de resposta genital incluindo a impotência sexual, a disfunção orgástica (que é o orgasmo inibido), a dispareunia não orgânica (dor durante o intercurso sexual) e a ninfomania (impulso sexual excessivo) ”.

## **1.6. O papel da família no apoio à criança vítima de abuso sexual**

É de espera que a família tem um comportamento de proteção a criança, porém por vezes isto não esta completamente bem defenido, sendo que é na própria família que a criança vai sentir desprotegida e vulneráveis aos seus próprios familiares.

Ao ver de Siqueira et al (2011) a família é a primeira unidade social na qual o indivíduo se insere, sendo responsável tanto pelo processo de socialização quanto pela proteção de seus descendentes.

Na perspetiva de Romano (2007, p. 32) a comunicação é um aspecto que coloca em evidência a disfuncionalidade das famílias abusivas. Pode haver “dificuldade na transmissão das mensagens, principalmente aquelas relacionadas às vivências emocionais”. Muitas vezes, a comunicação entre o grupo familiar ocorre de forma indireta com o uso de terceiros ou através de vias não-verbais como gestos ou expressões faciais que sinalizam para a criança o que ocorrerá a seguir. Devido a essa dificuldade, não há uma livre expressão dos sentimentos entre os elementos da família

Siqueira et al (2011) ainda acrescenta que espera-se que a família eduque seus filhos orientando seus comportamentos, ao indicar o que é certo e o que é errado, e protegendo-os de situações que sozinhos não teriam condições de enfrentar sem o apoio da família. Nas famílias abusivas, esta lógica encontra-se alternada, tendo em vista que muitas vezes os membros “protetores” são exatamente os quem infringem esta concepção social e transformam-se em agressores.

Na Lógica de Larcher (2012, p. 240) o abuso sexual “devido toda sua complexidade, exige uma intervenção concertada de diversas estruturas que visam primeiramente proteger a criança, dar-lhe (á criança e também a família afetada) o apoio terapêutico necessário mas também punir o agressor”.

Deste modo Furniss (1993, p. 367) salienta três abordagens distintas do mesmo problema: a intervenção punitiva primária que tem como objetivo a punição da pessoa que abusa focando no agressor e não na vítima; intervenção primária protectora da criança, a qual incluindo todas as formas de intervenções em que a criança é o alvo da acção direta, com o objetivo de declarado de proteger o seu desenvolvimento físico e emocional, além do seu bem-estar enquanto vítima; e por último a intervenção terapêutica primária que visa

tratar o trauma psicológico e modificar os relacionamentos familiares, dirigindo-se primeiramente aos aspetos circulares e relacionais do abuso sexual da criança.

Gonçalves et al (2008, p. 46) defendem que são várias as características familiares mais frequentemente associados á ocorrência de abuso sexual em criança:

- Modelo familiar patriarcal;
- Baixo rendimento da família;
- Presença de um substituto paterno;
- Falta de afeto físico e emocional do pai em relação á criança;
- Relação incestuosa entre outros membros da família;
- Inadequação da relação conjugal;
- Punibilidade em relação á comunicação sobre temas sexuais;
- Isolamento social;
- Pobreza da ligação mãe-criança;
- Dificuldades emocionais da mãe.

Deste modo Gonçalves et al, (2008, p. 46-47) ainda acrescenta que alguns desses fatores tem sido associado “ao autoritarismo e conceptualização da criança como posse dos pais (estilo patriarcal, relações hierárquicas), outros há maior facilidade em sexualizar a criança (inexistência da relação biológica), outros ainda maior dificuldade de revelação” bem como fatores de vulnerabilidade da própria criança.

Para Sousa (2007) a maioria das vítimas não denuncia a situação de abuso sexual, por constrangimento e medo de ser humilhada, pois o receio de que não haja compreensão ou da interpretação equivocada por parte da família, dos amigos, das autoridades e conhecidos também pode levar a vítima a silenciar-se diante da violência.

Segundo Araújo (2002), há casos nos quais a vítima assume o papel de culpada pelo ocorrido, sendo acusada de destruir o estado de harmonia e de unidade da família, podendo até ser afastada de casa. O fenómeno do abuso sexual intrafamiliar é muito difícil de ser enfrentado tanto para a criança, quanto para o adulto, pois sua denúncia explicita a violência que ocorre dentro da própria família.

Na lógica de Savegnago (2011) nessa complexa situação, a figura materna, seja a mãe biológica ou a cuidadora responsável pela criança ou adolescente, ganha foco. A

vítima vivência sentimentos de medo, raiva, prazer, culpa e desamparo, tendo raiva da mãe por não protegê-la e medo de contar, com receio de que a mãe não acredite nela ou a considere culpada. Por outro lado, a mãe vivência uma situação confusa e ambígua, pois acreditar na filha implica ser traída pelo companheiro.

Em concordância Siqueira (2011, p. 233) frisa se por um lado a mãe vivencia sentimentos negativos, por outro, sente-se culpado por não protegê-la. “Negar, desmentir a filha ou culpá-la pela sedução é uma forma de suportar o impacto da violência, da desilusão e da frustração diante da ameaça de desmoronamento da unidade familiar e conjugal”.

No estudo desenvolvido por Leifer et al, (2004) sobre multigeracionalidade, as mães com história de abuso e com filhos abusados descreveram menos anos vividos ao lado de seus pais, mais relações negativas/inconsistentes e menos continuidade no seu cuidado na infância. Além disso, estas mães demonstraram ter menos apego seguro e mais relatos de vitimização na adultez do que as outras mães.

Segundo Marchezam et al, (2009) a família faz parte da maior parte das vivências da criança. Quando a violência acontece dentro de casa, promovida por pessoas que a criança ama e têm como referência, seus mecanismos de defesa se fragilizam, se confundem e ela passa a viver o medo, a ansiedade, a angústia e silencia.

Deste modo o mesmo autor Leifer et al, (2004, p. 344) defende que este panorama aponta para importantes “características dessas mães, podendo estar associadas à vulnerabilidade para o abuso de seus filhos, perpetuando o ciclo de violência”.

Siqueira et al, (2011) reforçam a importância do apoio materno, no momento da revelação do abuso sexual, para o funcionamento psicológico geral da criança e que esse apoio está fortemente vinculado à condição atual de relacionamento entre o agressor e a mãe. Segundo Ima et al, (2010, p. 231) “as crianças com nenhum ou baixo nível de apoio apresentam significativamente maiores níveis de psicopatologia e distúrbios psicológicos do que as crianças de mães apoiadoras e apoiadoras ambivalentes”.

Da mesma forma para Santos et al, (2009), as mães são extremamente apoiadoras quando o agressor é o ex-esposo ou o ex-companheiro, e menos apoiadoras quando o agressor é o companheiro atual. As mães de crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar acreditaram nos relatos dos filhos e denunciaram o abuso. Contudo, muitas não afastaram as filhos do perpetrador, não sendo completamente protetivas.

Assim para Habigzang et al, (2005) a reação da família, principalmente da mãe, frente à revelação da vítima é um importante fator para o desenvolvimento de sintomatologias psiquiátricas e alterações de comportamento na vítima. Quando a família demonstra credibilidade ao relato da criança e assume estratégias para protegê-la, esta se sente fortalecida e apresenta maiores recursos para enfrentar a experiência abusiva.

Araújo (2002) chama a reflexão para o papel das mães nessas famílias, pois muitas vezes elas se recusam a descortinar os indícios do abuso sexual contra sua própria descendência.

Sendo assim Saldanha (2011) argumenta que este processo pode ser entendido como uma ruptura do entendimento da vítima sobre os fatos, já que não houve uma correspondência entre o que é esperado socialmente e o que de fato ocorre, ficando o indivíduo, momentaneamente ou não, incapaz de reagir ao inesperado.

Cabe ao enfermeiro, reconhecer famílias com risco potencial para atitudes abusivos, a existência de crises situacionais consequentes de algum tipo de violência e propor soluções alternativas, por meio de orientação e encaminhamento para tratamento especializado (Algeri, 2016).

## **1.7. O silêncio das vítimas de abuso sexual**

Muitas vezes após o abuso sexual, a criança mantém o abuso em silêncio pois tem medo da família não acreditar sente vergonha, ou ainda um sentimento de dívida com o abusador por ele ceder a todos os seus desejos.

Para Santos (2007) no momento em que o segredo é revelado, ocorrem alterações na dinâmica familiar e o desafio de rever e estabelecer novos papéis e limites para cada membro do grupo.

Em concordância Siqueira et al, (2011) afirmam que dessa forma, frequentemente ocorre uma reorganização da família depois de uma revelação de abuso sexual. Esta reorganização acontece pois a vítima deve receber proteção, a qual deve ser realizada através do afastamento do perpetrador do abuso ou da própria criança ou adolescente. Nos casos em que os familiares não conseguem se organizar para proteger a vítima, esta é afastada.

Além disso, para Santos et al, (2009) a revelação do abuso sexual pode modificar a configuração familiar, uma vez que os dados apontam o rompimento das relações conjugais ou o afastamento da criança do convívio com os familiares. Pois o perpetrador frequentemente nega o abuso ou culpabiliza a vítima.

Na perspectiva de Florentino (2015) o que compromete a vida das crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual é o segredo. O segredo carrega uma proibição de verbalizar os fatos que é explícita em certos casos, mas pode ser ligada ao modo de comunicação não-verbal, predominantemente quando o abuso e abusador estão no meio familiar.

Desta forma Malta (2008, p. 110-111) frisa que muitas vezes, quando a criança é abusada sexualmente, “sente-se ameaçada e aterrorizada, sendo obrigada a calar-se, geralmente, com medo das ameaças feitas pelo abusador. Com frequência, existe também a situação em que o abusador faz com que a criança se sinta culpada, não denunciando por vergonha”.

Assim esta vítima busca manter o segredo, para Cunha et al, (2008, p. 56) as situações vividas sejam por “temor de sofrer sanções e castigos por ambos os genitores, seja por sentir sobre seus ombros a responsabilidade de manter o equilíbrio e integridade da família” obriga a manter o silêncio. Com relação à vítima, pode-se afirmar que o silenciamento diante de uma situação que lhe viola, oprime, envergonha e, muitas vezes, desumaniza, constitui uma reação natural à situação vivenciada. Tratar-se de um “cidadão em condições especiais de desenvolvimento”, submetido a uma relação assimétrica de poder (física e/ou psicológica) que, muitas vezes, se estende para além do controle e domínio da vítima propriamente dita.

Prado (2004) ratifica a afirmação de que o segredo permanece causando diversos comprometimentos psicológicos, alimentados por uma angústia dupla: não contar por temer o agressor e não contar por temer não ser acreditada pela genitora ou pelo restante da família. Em seu silêncio, é possível perceber que, ao mesmo tempo em que a vítima não denuncia o agressor, ela também paralisa, não se protegendo por outros meios como se faltassem recursos mediadores para isso.

Por outro lado Romaro et al, (2007, p. 323) afirmam que dependendo da idade da vítima, muitas vezes o recurso mediador passa pela ordem simbólica, podendo ser aquilo

que ela é capaz de mostrar ou dizer com suas palavras ou comportamentos. Observa-se que o pacto de silêncio que se estabelece nos casos de abuso sexual contra crianças é um entrave para que este seja impedido e os agressores punidos. “A falta de punição e a recorrência do ato sexual violento podem, muitas vezes, levar a criança à morte ou deixar graves sequelas físicas e psíquicas”.

Maia (2012, p. 90) defende que o silêncio sobre o abuso sexual é muito comum, porque “muitas vezes a vítima sentem que querem esquecer o evento, querem proteger o agressor e temem também as reações se quebrarem o silêncio acerca do abuso sofrido”.

Gabel (1997) afirma que quando uma criança tem oportunidade de revelar este segredo, recebendo crédito e ajuda de profissionais, por exemplo, as manifestações mais notórias desaparecem. Isso faz com que a criança ou o adolescente reencontre o interesse por si, pelos outros e pela brincadeira, ainda que a angústia possa se desdobrar em outras formas de neurose, incluindo diversas fobias: medo do escuro, da solidão; agorafobia; afastamento da família, dos amigos, das pessoas do mesmo sexo.

No dizer de Romaro et al, (2007) o abuso sexual, sendo ele de caráter incestuoso ou não, deixa a criança numa sensação de total desamparo. O adulto que deveria ser sinónimo de proteção se torna fonte de perturbação e ameaça. Ela não tem com quem contar, não pode comentar o fato e ainda é mobilizada, pela complexidade da relação, a sentir-se culpada. O silêncio, portanto, pode estar associado ao sentimento de culpa, às ameaças feitas, ao vínculo estabelecido na relação, principalmente por parte da criança.

É possível afirmar que a criança ou adolescente facilmente encontrará razões para se sentir culpada diante de uma situação de abuso sexual. Para Furniss (1993, p. 293) é essencial “ouvir a criança e permitir que se expresse ao nível de sua culpa, pois o que ela pode dizer e sentir no plano consciente, e também no inconsciente, talvez seja muito diferente de nossas projeções e de nossa lógica enquanto adultos, o sentimento de culpa, soma-se o dano secundário da estigmatização, devido à acusação por parte dos pais e da família”.

Assim Costa et al, (2007) descrevem que a verdadeira prevalência dos casos de abuso sexual ainda é pouco conhecida e acredita-se que a subnotificação ainda seja muito grande, pois muitas vezes, as situações de abuso perduram por muito tempo e são praticadas por pessoas que mantêm uma relação afetiva significativa com a criança, aspecto



que se torna mais complexo quando implica que a revelação pode levar à dissolução dessa relação e mesmo à culpabilização do responsável.

## **1.8. Formas de prevenir o abuso sexual**

Muitos pais acham que facultando este assunto vai ajudar a prevenir os seus filhos contra o abuso sexual, muito pelo contrário, a comunicação pode deixar a criança menos vulnerável a este aspeto, sendo que isso depende da faixa etária, assim se vai criar estratégias específicas para tal.

Ao ver de Maia (2012) falar dos temas de abuso e violação pode ser difícil para muitos pais. Sabemos, contudo, que tem de haver uma altura adequada para iniciar estes temas, infelizmente, alguns pais optam pela lei do silêncio, pelo tabu, pelo nunca abordar tais temas, na esperança vá de que esse problema nunca lhes baterá á porta.

Na perspetiva de Larcher (2012, p. 244) “a prevenção é unanimemente considerada como a abordagem mais eficaz para reduzir os custos económicos e sociais e melhorar a saúde (mental e física) ”.

Ainda Maia (2012, p. 116) acrescenta que “não é evitando tais temas que estes não irão ocorrer. Assim, uma das principais formas de prevenção é elucidar as crianças, obviamente, de acordo com o seu desenvolvimento etário e cognitivo, acerca de aspetos relevantes do tema”.

De acordo com a organização norte-americana Preventing Child abuse (2005) *apud* Maia (2012, p. 80) “o primeiro grande passo para providenciar ajuda a uma criança vítima de abuso sexual passa por aprender a reconhecer os sintomas e sinais dessa prática. Regra geral existem quatro tipos de abuso infantil: abuso físico, negligência, abuso sexual e opressão emocional. Contudo, é mais usual encontrá-los em combinação do que isoladamente”. Ainda nesta mesma ótica Maia (2012, p. 80) salienta que é de “extrema importância que qualquer criança/jovem pode vir a ser vítima de um ou mais tipos de abuso”.

Para conseguir prevenir um abuso sexual Vieira (2006) afirma que a criança deveria ter conhecimento da educação sexual para que lhe seja assegurada uma visão positiva da sexualidade, sendo esta uma componente fundamental da vida. A introdução

destes programas podem prevenir a ocorrência de abusos sexuais, facilitar a comunicação quando acontecem e podem reduzir a gravidade das consequências.

Houaiss (2001, p. 45) diz que prevenir é “tomar um conjunto de medidas visando evitar algo”. De forma ampla, a OMS (2002) apregoa que se deve prevenir o abuso a nível local, nacional e mundial. Tendo repercussões expressivas sobre a saúde das vítimas, modelos de prevenção desse malefício precisam estar relacionados aos modelos de prevenção de doenças que, em geral, advém dos próprios sistemas de saúde.

Assim Larcher (2012, p. 245) afirma que devemos “dotar as crianças do conhecimento e capacidade necessárias para que se possam proteger da sua própria vitimização”. Estudos que avaliaram programas de prevenção no âmbito escolar apresentam estratégias muito úteis, abordando diretamente as crianças para falar sobre abuso sexual.

Para Finkelhor (2009) ensinar crianças sobre risco é uma tarefa difícil, porque elas entendem mais facilmente o que é determinístico do que o que é probabilístico. Os professores, orientadores e funcionários de escolas podem ter um papel muito importante e na identificação precoce de situações de abuso ou mesmo na prevenção.

Segundo a OMS (2010) em tornos de temas como o direito de propriedade sobre o seu corpo, e saber quando “dizer não” ou “dizer sim” para alguém. Deste modo diferenciar os "tipos de toques", o "Bom toque - Mau toque".

Deste modo Brino et al, (2003) alerta que como na maioria dos casos o agressor é parte da família, a escola é o lugar ideal para detecção e intervenção (também por razões económicas, grande parte das estratégias preventivas tem ocorrido no sistema educacional).

Para Maia (2012, p. 116) uma das coisas que mais se tem discutido acerca dos abusos sexuais é o fato de “maioria das crianças muito pequenas não compreender a intencionalidade dos toques e carícias que um abusador pratica sobre si, assim desta forma é de extrema importância fazer diferenciar os diferentes tipos de toque”.

Em resumo Maia (2012, p. 117) diz que existe três tipos de Toque pelo qual devem ensinar as crianças de modo a saber diferenciá-los:

- **Toques saudáveis:** aquele que nos fazem sentir felizes, seguros e amados. A maioria dos toques que recebemos são toques saudáveis e a criança deve ser capaz de diferenciá-los de outros tipos de toque.

- **Toques maldosos:** aqueles que, de alguma forma, provocam algum dano. Pode ser dano físico traumático (que provoca dor pelo impacto), como uma bofetada, um pontapé ou um empurrão, ou toques inapropriados.
- **Toques de abuso sexual:** definidos como toques nas partes privadas do corpo ou partes que embaracem a criança. Deve-se ensinar a criança a perceber se o toque aconteceu num lugar que a deixa envergonhada ou se sentiu forçada a tocar em alguma parte de alguém que produz em si o mesmo efeito, etc.

Assim Maia (2012, p. 118) orienta aos pais que “a medida que fala com os seus filhos, procura esclarecer que a utilização de toques abusivos ocorre quando alguém faz algo que a criança não quer ou não entende”. Deste modo então esclarecer que os adultos por vezes, enganam as crianças com brincadeiras e promessas. E assim ensinando aos filhos que podem dizer não a qualquer toque que não desejem, mesmo que alguém que conheçam. Desta forma Maia (2012, p. 120-121) assegura que a forma de prevenir o abuso sexual podem ser:

- Cuide do seu filho, dando-lhe toda a atenção que puder;
- Saber sempre onde estão as crianças e adolescentes, com quem estão, o que estão a fazer;
- Ensiná-los a não aceitar convites, dinheiro, comida e favores de estranhos, especialmente, em troca de carinhos e brinquedos;
- Acompanhá-los sempre em consultas médicas;
- Conversa com os seus filhos: crie um ambiente familiar tranquilo;
- Conhecer os seus amigos, principalmente, os mais velhos;
- Supervisionar o uso da internet;
- Orientar os seus filhos a não responderem a e-mail de desconhecidos, muito menos enviar fotos ou fornecer dados (nome, idade, telefone, endereço) etc;
- Ensiná-los a jamais fornecer as suas senhas de internet a outras pessoas, por mais amigas que sejam.

Segundo estudo realizado por Brino et al (2003), as professoras carecem de informações sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e especificamente sobre abuso sexual. Assim, reforçam a importância e a necessidade de os professores receberem

treinamento especializado para identificar e intervir nesses casos, já que muitos professores apresentam apenas um conhecimento superficial sobre o tema, buscam informações em meios não apropriados e não tem clareza sobre os procedimentos que devem tomar.

Nesta prepetiva Knapp (2004) salienta que a psicoeducação é uma estratégia útil em muitos tratamentos psicoterápicos e consiste em ensinar ao utente sobre o modelo com que trabalhamos e sobre o seu problema.

De acordo com Souza (2008) apesar de os adolescentes apresentarem conhecimento acerca de seus próprios direitos, ainda há necessidade na nossa sociedade de intervenções que possam ampliar esse conhecimento, incluindo deveres e valores. Ao ter maior contato com esse assunto, certamente essa população vulnerável ao abuso sexual infantil poderá ter maiores chances e habilidades de agir em proteção própria, buscando adultos que podem oferecer ajuda e garantir sua proteção.

O mesmo autor Souza (2008) acrescenta que:

“uso de vídeos educativos, oficinas, palestras com profissionais de diferentes áreas (direito, psicologia, etc) são algumas das alternativas que podem ser utilizadas. Muitas vezes, a educação sexual na escola restringe-se a simples aulas de anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais e apresentação de doenças sexualmente transmissíveis. Esse espaço poderia ser utilizado para que se aborde a questão da relação não consentida e dos relacionamentos abusivos e ilegais que são estabelecidos nos mais variados contextos”.

Um fator abordado por Sanderson (2005) é o de que o abusador, antes de aliciar a vítima, alicia os adultos. Somente conquistando a confiança dos adultos que cuidam da criança é que ele consegue as oportunidades para que o abuso aconteça.

Em muitos casos, o mesmo autor Sanderson (2005) realça que é processo de conquistar a confiança da família pode durar muito tempo, o que faz com que o abusador obtenha da família uma credibilidade que mais tarde vai dificultar ainda mais a revelação por parte da vítima.

Pelisoli et al, (2007) salienta que o treinamento de Pais - TP - é uma abordagem utilizada em muitos tipos de problemas envolvendo crianças e adolescentes, tendo um papel fundamental em pais que correm o risco de descuidar de suas crianças.

Para Olivares et al, (2005, p. 234) entretanto, para além da manipulação adequada de contingências, o TP pode ser utilizado como uma medida para proteger as crianças de

abuso sexual infantil, o TP pode ser utilizado de forma que conscientize os pais sobre os cuidados necessários para que seus filhos tenham um risco menor de sofrer esse tipo de violência, tanto em casa como na rua. Um procedimento com esse objetivo geral poderá incluir:

- 1-Psicoeducação** sobre abuso sexual: definições, prevalência, consequências, mitos e realidades;
- 2-Levantamento** das estratégias de cuidado e proteção já utilizadas pelos pais;
- 3-Ampliação** dessas estratégias;
- 4- Abordagem** sobre o que fazer quando há suspeita ou revelação;
- 5-Role-play** de como discutir o assunto com as crianças e uso de vídeo educativo (Burgess & Wurtele, 1998);
- 6-Modelação**, onde o terapeuta pode atuar como modelo, mostrando aos pais formas de conversar com a criança sobre abuso sexual;
- 7-Treinamento** de habilidades, onde os pais vão ensaiar as conversas com seus filhos e as atitudes que tomarão diante de diferentes situações envolvendo risco, suspeita e revelação.

Deste modo Pereira et al, (2007) revela que as habilidades sociais maternas estão positivamente correlacionadas à qualidade da interação com os filhos, ou seja, quanto maiores as habilidades sociais das mães, melhor é o seu envolvimento com seus filhos. Portanto, um melhor envolvimento implica maior qualidade na comunicação verbal e não-verbal, participação nos cuidados e nas tarefas das crianças, que apresentam um impacto positivo para um desenvolvimento saudável.

Pereira et al, (2007) acrescenta que na medida em que há um envolvimento de qualidade, com interações positivas e abertas, podemos inferir que há mais facilidade para introduzir assuntos relacionados a comportamentos de proteção em relação ao abuso sexual. Nesse sentido, propiciar elementos de treinamento de habilidades sociais para pais pode favorecer a prevenção do abuso sexual ou a sua intervenção precoce.

Em consonância Maia (2012, p. 81-82) afirma os pais e educadores devem estar preparados para identificar as várias formas de abuso:

### **Nas crianças/adolescência:**

- Apresenta mudanças repentinas no seu comportamento escolar ou Social;
- Apresenta problemas de aprendizagem que não se podem atribuir a causas físicas ou psicológicas específicas;
- Apresenta-se sempre assustado e vigilante, como se alguma coisa má pudesse acontecer a qualquer momento;
- Apresenta falta de supervisão e apoio por parte dos adultos;
- Apresenta-se muito queixoso, como alguém que não consegue alcançar nenhum dos seus objetivos ou, pelo contrário, apresenta uma atitude demasiado responsável e crítica face á sua idade;
- Chega á escola demasiado cedo, permanece até demasiado tarde demonstra não querer voltar para casa (como se arranjasse sempre motivos para atrasar a sua ida para casa).

### **Nos pais:**

- Apresentam falta de preocupação adequada com a criança/adolescente;
- Raramente comparecem nas sessões convocadas pela escola, quer seja para trocade informações, reuniões de pais ou mesmo para visitas a casa por parte dos técnicos responsáveis pelas equipas de saúde escolar.

### **Relação entre pais e filhos:**

- Raramente apresentam contato físico ou ocular direto (como se evitassem, mutuamente, a existência da outra pessoa);
- Considerem a experiência do relacionamento entre eles próprios (progenitores) e os filhos como totalmente negativa (nada os satisfaz e nada que o filho faça é considerado como positivo).

## **1.9. O Agressor e suas estratégias**

O agressor nunca começa pelo ato de abuso sexual, pois primeiramente vai criar um vínculo de confiança com a família da criança, em seguida cria um laço de confiança/amizade com a criança, com o objetivo de conquistar a confiança de ambos e

assim começar o abuso sexual, e assim vai ceder todos os desejos e vontades da criança para que esta sinta em dívida com ele.

Para Vieira (2006) os agressores comuns tanto podem ser heterossexuais, bissexuais ou homossexuais, são pessoas bastante insensíveis e não sabem seduzir os seus pares, daí a necessidade de se relacionarem com crianças que são mais vulneráveis.

Na perspetiva de Fávero (2003) as estratégias dos agressores são pelo contrário, basicamente as mesmas. Eles utilizam a pressão, o engano, a mentira, a força física e a surpresa para puderem realizar o abuso, assim como conseguirem o silêncio das suas vítimas. Algumas destas atitudes denunciam a intenção abusiva mas outras são subtis e têm por objetivo confundirem a vítima sobre a intenção do agressor.

Segundo Pfeiffer (2005) o abusador geralmente age usando de sedução e ameaças, buscando a parceria da vítima, ele pode ser um pedófilo assumido ou não. O adulto utiliza-se do poder que tem sobre a criança, usando-a como meio para satisfazer seus desejos, infligindo seu direito autonomia, sendo que o abuso sexual pode ocorrer uma única vez, ou pode durar anos, só chegando ao fim quando a criança, na fase adulta, liberta-se daquela relação considerada patológica.

Ao ver de Vicente (2016, p. 133) esses agressores “são pessoas altamente disponíveis, simpáticas, amigas e que agem de acordo com a sua intenção final, que é ter o domínio total sobre a sua “presa” ou a criança com a qual pretendem ter a sua satisfação sexual, procurando aproximar, dando a criança o que quer, gosta ou precisa”.

Deste modo o mesmo autor, Vicente (2016, p. 133), acrescenta que o agressor tende-se a transformar numa “pessoa de confiança da família, quando não são da própria família, eliminando, desta forma, qualquer tipo de futuras suspeitas, sendo amigo da criança satisfazendo os seus desejos, ele diminui as chances de ela defender das situações de abusos e de negar seus pedidos: a criança passa a sentir em dívida para com o agressor por tudo o que ele faz/fez por ela”.

Para Holmes e Slap (2007, p. 89) “os abusadores sexuais de rapazes tendem a ser homens, usualmente são conhecidos pelas vítimas, mas não relacionados familiarmente com ela. Tendem a abusar da criança fora de casa e a repetir o abuso, envolvendo maioritariamente, algum tipo de penetração”.

Para os mesmos autores as “mulheres por sua vez, também podem ser abusadoras, embora sejam menos reportados os casos. Neste caso, é mais provável que a vítima seja um rapaz e que a forma de atuar seja a sedução e manipulação da vítima, ao invés da força física ou força real (...)” (Holmes & Slap, 2007, p. 100).

De acordo com Santos (2017, p. 1000) o abuso sexual infantil foi caracterizado como de “difícil diagnóstico, considerando que o agressor pode ser membro da família e a criança depende fisicamente e psicologicamente do autor da violência”. Identificou-se que quanto aos “autores do abuso, os principais são os companheiros de mães, seguidos por pais biológicos, avós, tios, padrinhos; assim como outros que têm com a criança uma relação de dependência, afeto ou confiança, num contexto de relações incestuosas, permanecendo a agressão oculta por causa do medo prevalecente de ser punido pelo agressor”.

Ao ver de Hornor (2002, p. 342), um outro tipo de agressor são os pedófilos que “para a maioria dos autores, não implica necessariamente atos criminosos – na verdade, na maioria dos casos não há ocorrência de atos ilícitos”. É consenso que os portadores de pedofilia podem manter seus desejos em segredo durante toda a vida sem nunca compartilhá-los ou torná-los atos reais; podem casar-se com mulheres que já tenham filhos ou atuar em profissões que os mantenham com fácil acesso a crianças, mas raramente causam algum mal.

Para Vicente (2016, p. 128) os pedófilos “são pessoas que comete o ato sexual podem ser pessoas que durante a sua infância/adolescência tiveram uma vida sexual reprimida ou são pessoas com desvios de personalidade de origem psicológica”.

Ainda o mesmo acrescenta que a pedofilia é um transtorno da personalidade de preferência sexual que se caracteriza pela escolha sexual por crianças (Vicente, 2016).

Na perspectiva de Craig (2006, p. 342), a credita-se que a “passagem da fantasia para a ação no caso dos pedófilos ocorre com maior frequência quando o indivíduo é exposto a estresse intenso, situações nas quais haja grande pressão psíquica, como discussão conjugal importante, demissão, aposentadoria compulsória, etc”. Nesse caso, quando envolvidos com atos ilícitos, a expressão do comportamento é criminoso dos pedófilos.



### **1.9.1. Importância das instituições de apoio a crianças vítimas de abuso sexual**

As instituições de apoio são de grande valia uma vez que estas dão apoio não somente a criança vitimizada, mas também a própria família, sendo que este se encontra num momento bastante vulnerável e com a necessidade de ajuda na reconstrução. Relativamente a São-Vicente das instituições de apoio a vítima encontra-se a ICCA, o Centro de Proteção e Reinserção Social, o centro de emergência Infantil, Projecto Nós Casa, Centro de Acolhimento para Crianças de Rua, ACRIDES, Projecto Espaço Seguro e Projecto Família Substituta.

Ainda das instituições pode-se encontrar instituições da Polícia Judiciária e da investigação e o Hospital Dr. Baptista de Sousa onde os casos de abusos sexuais em criança são encaminhados.

Para dar conta de um problema tão grave e complexo como o abuso sexual, há necessidade de uma rede articulada de serviços e programas, que possam oferecer suporte adequado às vítimas e suas famílias (Santos 2007).

Entretanto, segundo Assis et al (2009) a rede de atendimento a essa população encontra-se frágil, com baixo número de profissionais especialistas e baixa prioridade para as questões de saúde mental. A capacitação de diferentes profissionais e a abertura de novos serviços que atendam esse público são destacadas como necessidades urgentes.

Assim Azevedo et al (2006) salienta a falta de efetividade dos serviços é considerada como mais um fator de risco para a vítima e para a família. E ainda a morosidade, falta de comunicação entre os serviços da rede e falta de acompanhamento pelos conselheiros tutelares são alguns fatores que prejudicam o andamento dos casos de abuso sexual e demonstram a necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais.

O acompanhamento psicológico de vítimas de abuso sexual envolve diferentes instituições e profissionais. Trata-se de um acompanhamento multidisciplinar, que procura garantir a proteção e a saúde da criança.

Desta forma ao ver de Pelisoli (2007) diante das inúmeras consequências adversas associadas à ocorrência do abuso sexual, do impacto que tem para suas vítimas e famílias, das dificuldades evidentes de serviços e da rede de proteção, da multigeracionalidade e da dificuldade de as vítimas iniciarem procedimentos de psicoterapia, torna-se fundamental que estudiosos e técnicos se debrucem sobre estratégias de prevenção de violência.

Quando a criança que sofre/suspeita de abuso sexual é encaminhada ao Banco de Urgência de pediatria, onde é feita a sua triagem e avaliado pelo Pediatra e depois encaminhada ao setor de maternidade onde será feito um exame ginecológico a criança, deve permanecer em uma unidade hospitalar e, após a alta, ser atendida por uma equipe multiprofissional para que todas as suas necessidades e de sua família sejam contempladas. Sabe-se que, nem sempre, o familiar/responsável que busca atendimento hospitalar para esta criança revela a veracidade da violência ocorrida.

É de salientar que nem todos os casos de abusos sexuais a criança podem dar entrada ao BUP, salvos os que são denunciados, ou suspeita por parte dos familiares, que deram ou não queixa e são encaminhados pela polícia para confirmação ou não do abuso sexual.

Dessa modo é de extrema importância o seu reconhecimento na fase inicial, assim defende, WoiskiI e RochaII (2012), que “(...) o reconhecimento dos sinais das várias formas de violência contra crianças deve, portanto, fazer parte da rotina dos profissionais da saúde, assim como a abordagem dessas situações, que, às vezes, é de extrema complexidade. Estar atento para suspeitar ou comprovar a existência de maus tratos requer, além de habilidade, sensibilidade e compromisso com esta causa.”

Quando se suspeita de abuso sexual infantil, a necessidade e a urgência de um exame médico devem ser avaliados, e nesse exame segundo Lissauer e Clayden (2007) incluem:

- Contusão ao redor das coxas, genitálias, ânus, períneo, nádegas e nos quadrantes inferiores do abdômen;
- Dilatações e abrasões na genitália feminina, em particular o hímen pode estar rompido;
- Dilatações e abrasões na genitália masculina;
- Fissuras anais;
- Dilatação anal reflexa, isto ocorre quando após separação das nádegas durante 30-45 segundos, o ânus abre-se e o reto pode ser visto por causa de uma incompetência do esfíncter interno.

Porém é de salientar que o exame só é feito com o conhecimento e consentimento dos pais, embora por vezes é executado a pedido do próprio tribunal para averiguar o caso.

### **1.9.2. O perfil das crianças vítimas do abuso sexual**

O perfil das crianças vítimas de abuso sexual por vezes não é de fácil identificação, porém a forma de comportar vai chamar a atenção, uma vez que não comportam como uma criança normal, pois estes tendem a ter comportamentos bastante estranhos, e sexualizados para sua idade. Algumas podem manifestar através de desenhos que para o adulto é bastante sexualizado, o que acaba por chamar a atenção.

Segundo Oliveira (2010, p. 143-150) “a infância é um período da vida em que o ser humano está em constante aprendizagem a partir do seu mundo concreto e do abstrato, que envolvem a imaginação, sendo a criança capaz de materializar e, ao mesmo tempo, fantasiar sobre o que vivencia”.

Ainda o mesmo autor, Oliveira (2010, p. 143-150), acrescenta que desse modo, “as suas formas de expressão, as ações, comportamentos e diálogos nem sempre são bem compreendidos pelo adulto. Nessa trajetória, as condições do meio circulante são fundamentais, e o afeto e a proteção do adulto têm papel de destaque para que a criança possa desenvolver-se em sua plenitude”.

Para Gomide (2004, p. 56) os sentimentos de culpa são frequentes entre os indivíduos que sofreram “abuso prolongado, independentemente do grau de cooperação, a atitude do abusador em apontar a vítima como co-responsável pelo abuso pode fazê-la sentir-se ainda mais culpada”.

Portanto para Forguieri (2004) ao longo da vivência como criança, o indivíduo se desenvolve como ser-no-mundo, e é a partir da experiência e vivência do dia-a-dia que ele constrói suas ideais, isso requer ultrapassar as barreiras do “Eu interior” e do Mundo. Essa forma de relação com o mundo é evidenciada pela aflição sentida quando se escorrega e cai. Sente-se como se o chão fosse perdido, há, portanto, um sentimento de desapontamento, de perda do próprio mundo e do “Eu simultaneamente”.

Para Magalhães (2010, p. 43) “a maioria das vítimas de abusos sexuais sofre um impacto psicológico e emocional negativo”.

Em correlação Manita (2003) *apud* Magalhães (2010, p. 43) aponta que noutros casos em que as vítimas, não obstante ter experienciado “uma situação potencialmente traumática, não manifesta sintomatologia decorrente dessa situação, as chamadas de vítimas assintomáticas”. São casos que possuem os recursos emocionais, cognitivos e familiares

eficazes, bem como outras características associadas a resiliência, ajuda a criança a integrar a experiência sem que haja necessidade de apoio psicológico.

Sendo assim Gomide (2004, p. 54) aponta dez as características podem ser evidenciadas em pessoas que sofreram abuso sexual na infância:

(1) Síndrome dos “bens danificados” (sentimento de que a inocência foi perdida, sentimento de que os sonhos foram destruídos), (2) culpa, (3) depressão, (4) baixa auto-estima, (5) habilidades sociais empobrecidas, (6) raiva e hostilidade reprimidas, (7) capacidade para confiar prejudicada, (8) limites pouco claros entre os papéis, (9) pseudomaturidade, e (10) problemas de autodomínio e controle.

Deste modo Silva (2011, p. 153-154) acrescenta que este fenómeno é conhecido como síndrome do trauma da violação, que se qualifica por ser um tipo de perturbação de stress pós-traumático, no qual apresenta as seguintes fases:

1. **Fase antecipatória:** antes mesmo da agressão/ abuso ocorrer, a vítima apercebe-se de que algo de perigoso vai acontecer e, por vezes consegue afastar-se da situação de perigo; outras vezes é-lhe completamente impossível colocar-se em segurança.
2. **Fase do impacto:** acontece durante ou imediatamente após o abuso sexual a criança. Cada vítima sofre o impacto da “sua” agressão de forma particular e, por isso, torna-se complexo para as outras pessoas e para a própria vítima compreender totalmente a forma como reagir.
3. **Fase de reconstituição:** sendo uma fase longa, pode mesmo durar anos. Esta fase é dividida em três subestádios:
  - **Negação:** que funciona como mecanismo natural de *coping*;
  - **Sintomatologia:** aparecimentos dos sintomas físicos, pesadelos, *flashbacks* e coisas que levem a vítima a pensar no abuso sexual que sofreu;
  - **Raiva:** também vergonha, desespero, depressão, um sentimento de luto/perda. Uma dolorosa mas catártica fase. É durante esta fase que os sobreviventes começam a perceber o impacto da agressão nas suas vidas.
4. **Fase de resolução/decisão:** compreende a assimilação do abuso sexual como

sendo uma experiência de vida, ou seja, a vítima adquire um local onde memória da violação não a assalta da mesma forma, podendo arranjar mecanismos de substituição para trabalhar a situação.

Desta forma Silva (2011, p. 154) salienta que é de grande importância salientar que “as fases não é obrigatoriamente sucessivas podendo deste modo alternado isto dependendo de cada pessoa/criança, e assim adaptando a cada fase de acordo com seus recursos psicológicos e emocionais”.

### **1.9.3. Os Direitos fundamentais das crianças segundo a legislação Cabo-verdiana**

Todas as crianças nascem com direitos e deveres iguais, sendo as leis regras que devem ser respeitadas e cumpridas por todos, para que possam viver de forma legal e assim respeitando os seus direitos e deveres enquanto cidadão.

Segundo a Constituição da República de Cabo Verde (2010) é muito importante que as vítimas/familiares, sociedade, estejam esclarecidos acerca do enquadramento penal e os direitos das crianças a fim de saber considerar um comportamento criminal do ponto de vista sexual. O parlamento cabo-verdiano aprovou por unanimidade, a instituição de 04 de junho como Dia Nacional Contra o Abuso e Exploração Sexual de Menores.

Ao ver de Delgado (2006, p. 115) “a Convenção dos Direitos da Criança classifica e descreve com detalhe os diversos tipos de direitos da criança, designadamente os seus direitos civis, económicos e culturais, assim como as formas mais adequadas de reacção perante a negligência ou a prática juvenil de infrações penais”.

Segundo o Ministério da Juventude, Emprego e Desenvolvimento dos Recursos Humanos Cabo Verde, em 2013, foi registado um dos maiores ganhos até então, no sector da infância em Cabo Verde, isto é, a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, pela Lei nº 50/VIII/2013, do B.O. I Série, nº 70, de 26 de Dezembro, constituindo um marco importante na consolidação de todo o Sistema de Protecção dos Direitos da Criança e do Adolescente em Cabo Verde. O ECA é um instrumento que consagra os direitos da criança como prioridade absoluta, define as Liberdades e Garantias Fundamentais e estabelece o respectivo Sistema de Protecção da Criança e do Adolescente, envolvendo e

responsabilizando o Estado e a Sociedade em todo o processo de desenvolvimento da Criança e do Adolescente (Almada et al 2014).

Segundo a Constituição da república de Cabo Verde (2010) do artigo 73º os Direitos das crianças são vários das quais destaca: todas as crianças têm direito à protecção da família, da sociedade e dos poderes públicos, com vista ao seu desenvolvimento integral, entre outros direitos que se encontram no anexo (I).

E, quanto aos Direitos da família, o artigo 81º, decretada pela constituição da república de Cabo Verde (2010) refere o seguinte: a família é o elemento fundamental e a célula base de toda a sociedade. Para além desse direito existem outros que se encontram em anexo (II).

Relativamente ao código penal de Cabo Verde (aprovado pelo Decreto Legislativo Nº 4/2003 de 18 de Novembro de 2003) do Artigo 144.º: abuso sexual de crianças salienta que: 1- quem praticar acto sexual com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo com outra pessoa, será punido com pena de prisão de 2 a 8 anos; 2 - se houver penetração sexual, a pena será de prisão de 4 a 10 anos.

E do Artigo 145.º: abuso sexual de menores entre os 14 e 16 anos: 1 - quem, sendo maior, praticar acto sexual com ou em menor com mais de 14 anos e menos de 16 anos, prevalecendo-se de sua superioridade, originada por qualquer relação ou situação, ou do facto de a vítima lhe estar confiada para educação ou assistência, será punido com pena de prisão de 6 meses a 4 anos; 2 - se houver penetração sexual, a pena será de prisão de 1 a 6 anos.

#### **1.9.4. Importância de Intervenções Multidisciplinar frente a situação de abuso sexual a criança**

O trabalho em equipa é de grande valia em qualquer situação ou perante qualquer quadro clínico e, quando se fala da criança vitimizada, torna mais importante ainda, pois permite uma avaliação detalhada da vítima conservando sempre a sua privacidade. Frente a situação de abuso sexual há necessidade de uma intervenção multiprofissional de modo a prestar um melhor cuidado e assim visando a criança vítima de abuso sexual de uma forma holística sem esquecer também da sua família.

### **1.9.5. Intervenções /Assistências de enfermagem em crianças vítimas de abuso sexual**

A assistência de enfermagem tem como principal objetivo preservar e reabilitar a independência da pessoa para que esta possa satisfazer, por si só, as suas necessidades básicas, idênticas a qualquer ser humano doente ou saudável (Garcia, 2010).

Desde a antiguidade a palavra cuidar esteve ligada estreitamente à enfermagem, muitos anos depois viu-se que o cuidar está em todas as outras profissões. De certa forma está ligada mais a enfermagem porque é a arte de cuidar. Segundo Leopardi (1994, p. 29) “com a evolução da enfermagem, adquiriu um novo conceito, passado a ser um serviço apresentado na sociedade de consumo. A palavra cuidar vem do latim cogitare (cogitar) e para Cunha (1982, p. 232) “cuidar é imaginar, meditar, cogitar, aplicar atenção. O cuidar possui múltiplas dimensões e muitas perspectivas, “o pensamento e imaginação” (Ferreira 2007, p. 172).

Para McCloskey e Bulechek, (2004, p. 20) a intervenção de Enfermagem é “qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimentos clínicos, realizado por um Enfermeiro para aumentar os resultados do cliente, incluem cuidados diretos e indiretos, voltados a indivíduos, famílias e comunidade, tratamentos iniciados por Enfermeiros e outros provedores”.

Peres e Ciampone (2006, p. 492) salientam que “o trabalho de enfermagem como instrumento do processo de trabalho em saúde, subdivide-se ainda em vários processos de trabalho como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar. Dentre esses, o cuidar e o gerenciar são os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro”.

Conforme Fragoso e Soares (2010) “a enfermagem tem um papel crucial em todas as fases do tratamento na medida em que o enfermeiro é o profissional que está mais próximo do utente e deve ter um olhar apurado para reconhecer qualquer risco ou complicação precocemente”.

Potter e Perry (2006, p. 446) evidenciam que “o cuidar na enfermagem tem sido estudado sob diversas perspectivas filosóficas e éticas desde o tempo de Florence Nightingale. São muito os estudiosos que criaram teorias sobre o cuidar, tendo em conta a sua importância tanto a prática de enfermagem, bem como para a própria existência humana”.

Ainda Fragoso e Soares (2010, p. 690) acrescenta que “obter conhecimentos e utilizá-los em intervenções corretas é parte do compromisso da equipe de enfermagem, que deve manter-se sempre atualizada para que haja uma atuação mais eficaz no cuidado do utente, visando a diminuição dos riscos, complicações e morte”.

Santos (2011, p.233) salienta que no que se refere a cuidados de enfermagem a criança vítima de abuso sexual o objetivo principal é a promoção do bem-estar da criança e da sua família. Para que tal aconteça, “é necessário que os Enfermeiros desenvolvam ações com o intuito de prevenir, prestar cuidados no sentido de manter um ótimo nível de crescimento e desenvolvimento, bem como reabilitar a criança do seu estado de saúde, física, psicológica, e emocional tendo também como alvo de cuidados a família.”

Ainda o mesmo autor acrescenta que a função do enfermeiro “é participar com a família no enfrentamento e na adaptação dos estímulos e fatores de *stress* que afetam o sistema familiar e a vida da criança. Logo, é de competência do enfermeiro a realização dos cuidados centrados na família da criança. Aos profissionais que trabalham com crianças e adolescente deve exigir-se, além de formação específica nesta área, a capacidade de relacionamento interpessoal e competência cultural” Santos (2011, p. 234-254).

Conforme Neuman (2010, p. 33), “o objetivo da prática da Enfermagem Pediátrica, consiste na assistência das crianças e respectivas famílias, em reter, alcançar e manter a máxima estabilidade do sistema, que é o ótimo bem-estar”. Portanto, é exigido aos Enfermeiros um papel de cuidador e educador, já que a situação de doença de uma criança oferece a oportunidade para o desenvolvimento de medidas de promoção da saúde indispensáveis ao bem-estar da criança e da família.

Deste modo é importante, segundo Tacsí (2004), “que os profissionais que cuidam da criança neste momento tão peculiar devem estar preparados também psicologicamente e emocionalmente”.

Na perspectiva de Baptista et al (2008, p. 607) como existem poucos estudos enfocando a atuação do enfermeiro na assistência criança e adolescente vítimas de abuso sexual, “esse profissional precisa refletir coletivamente sobre a violência social, precisamente sobre aquela que acontece no seio das famílias, na escola e na comunidade”. E uma vez conhecida a realidade de uma dada comunidade, é preciso atuar na prevenção e



identificação da violência, contribuindo para a definição e implementação de políticas públicas na área da criança e adolescente vítimas de abuso sexual.

Enquanto para Sousa (2006, p.625-31) no caso específico da atuação do enfermeiro junto a crianças e adolescentes que sofreram abuso sexual, constitui um espaço para que esse “profissional interaja com os pais e estabeleça uma relação de ajuda que poderá desencadear os pais a conscientizar da importância de uma nova forma de se relacionar com os filhos e a oportunidade de romper-se o ciclo da violência multigeracional”.

Para que esta prestação de cuidados seja de melhor forma Sousa (2006, p.625-31) realça que “estes profissionais que atuam em unidade de emergência devem receber, além de treinamento específico, tanto técnico quanto científico, uma educação continuada voltada para o autoconhecimento, o que exige deles domínio de suas próprias emoções e conhecimento de seus limites e de suas possibilidades”.

Deste modo salienta Silva (2003, p. 342) “que entre os profissionais envolvidos neste cuidado à criança, estão a equipe de enfermagem e médicos. A essência da enfermagem, o cuidado, tem como enfoque principal “o bem-estar e o conforto da vítima, que exige dos profissionais um esforço constante no entendimento”.

Ao ver de Tacsí et al (2004, p. 233) “o cuidado à criança, em qualquer situação de enfermidade, diferencia-se do cuidado ao adulto por suas especificidades e particularidades, que devem ser abordadas de forma singular, em cada fase de seu crescimento e desenvolvimento”.

Nas situações emergenciais, como no caso de abuso sexual em crianças segundo os mesmos autores, Tacsí et al (2004, p. 234) “a criança é quase sempre a principal vítima, necessitando, dessa forma, de uma atenção especial, dadas as peculiaridades biológicas e psicológicas e as características próprias desse grupo populacional, necessitando de recursos materiais e humanos especializados para o atendimento”.

Dessa forma, Nery et al (2009, p. 334) consideram que “(...) a realização e a aplicação do processo de enfermagem, como um método de trabalho do enfermeiro que trabalha em uma unidade de emergência hospitalar, garantem a continuidade do trabalho do enfermeiro e equipe de enfermagem, integrado à equipe multiprofissional, possibilitando o cuidado integral à criança vítima de violência sexual e sua família.”

Assim Tacsí et al (2004, p. 235) realçam que é de extrema importância um trabalho em multidisciplinar, “a equipe de enfermagem de um serviço de emergência deve dispor de protocolos para a assistência de enfermagem, que garantam a continuidade de um trabalho integrado com a equipe multiprofissional, atuando na orientação e no acolhimento dos familiares”.

O processo de enfermagem divide-se em fases, segundo Rocha (2011, p. 432) as quais, realizadas de forma articulada, “permitem a realização do cuidado de forma científica e integral. São elas: o histórico de enfermagem, que se divide em entrevista e exame físico, os quais têm por objetivo o levantamento dos dados da criança e do familiar /responsável que a acompanha; o diagnóstico de enfermagem, o qual proporciona a seleção das intervenções de enfermagem visando ao alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável; a prescrição de enfermagem”.

Segundo Azevedo (1993, p. 655), “a equipe de enfermagem, em todas as fases do processo de enfermagem, deve conquistar a criança, criando um vínculo de confiança, e expressar no cuidado atitudes sinceras e verdadeiras. Também deve familiarizar a criança ao ambiente hospitalar e às pessoas que estarão envolvidas no seu cuidado”.

Assim deste modo Maia (2012, p. 109-110) expõe as seguintes intervenções as vítimas de abuso sexual:

- **A intervenção precoce:** deve ser efetuada logo que suspeita ou saiba de uma situação de perigo de violência sexual contra criança;
- **As intervenções devem ser mínimas:** deve ser exercida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja ação seja indispensável á efectiva promoção dos direitos e á proteção da criança vítima;
- **A proporcionalidade e a atualidade:** o processo de apoio deve desenvolver uma intervenção necessária á problemática das crianças vítimas de violência sexual e adequada á situação de perigo em que a criança se encontra no meio atual;
- **A responsabilidade parental:** a intervenção deve ser efetuada de modo que os pais assumam os seus deveres para com a criança;
- **A promoção da defesa dos direitos e a proteção da criança:** deve dar-se prevalência às medidas que integrem na sua família ou que promovam a sua adoção;

- **A obrigatoriedade de informação:** a criança, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a sua guarda de facto têm direito a ser informados dos seus direitos, dos motivos que determinaram a intervenção e da forma como esta se processa;
- **A obrigatoriedade de denúncia imediata:** a intervenção deve ser efetuada, sucessivamente, pelas entidades com competência em matéria da infância.

Segundo Santos et al (2017) a terapia de grupo atende aos domínios pessoal, interpessoal e social afetados pelo trauma, e permitem o atendimento de um maior número de crianças, além de ser menos ameaçadora e reduzir a resistência ao tratamento, aumenta os sentimentos de segurança e proteção e normalizando as experiências. Contudo, nos casos de sintomas de internalização grave, a psicoterapia individual pode ser necessária antes do início do trabalho em grupo.

Ainda os mesmos autores afirmam que deste modo, as crianças que participaram de uma diversidade de formatos de terapia de grupo, como discussões, histórias pessoais, exercícios individuais e coletivos, palestras e jogos relataram diminuição da ansiedade, diminuição do estresse pós-traumático, diminuição dos sintomas de internalização, aumento da auto-estima e maior confiança nos outros (Santos et al, 2017).

#### **1.9.6. Intervenções Psicológicas**

Após a criança sofrer o abuso sexual, vai precisar de um devido acompanhamento psicológico, com o propósito de ter uma ajuda especializada para que saiba lidar da melhor forma com o trauma e assim evitando agravos a saúde mental.

As intervenções dos profissionais de psicologia historicamente são direcionadas ao comportamento desajustado, à psicopatologia e aos problemas de personalidade. É recente o interesse da área pelo foco na saúde e na resiliência. Psicologia positiva e psicologia da saúde são duas abordagens bastante recentes, mas que vêm obtendo uma atenção cada vez maior da comunidade científica (Witter, 2008).

Portanto, o cuidado à essa criança, segundo Rocha (2006) vai além do cuidado técnico e científico, ele tem que ser baseado no vínculo, pois é ele quem vai determinar suas necessidades. Dessa forma, o afeto e a relação interpessoal são primordiais no cuidado há essas vítimas.

A mudança de um enfoque curativo para o preventivo é algo recente no campo da saúde (Galheigo, 2008). Resultados mais positivos em longo prazo e menores custos são dois motivos que fundamentam a existência de trabalhos preventivos (Kirchner, 2007).

Especificamente com relação ao abuso sexual a criança encontra na literatura as abordagens focalizando o tratamento psicoterápico, principalmente baseados nos protocolos de transtorno do estresse pós-traumático (Habigzang, 2005).

Habigzang (2005) acrescenta que estas intervenções têm incluído as estratégias psicoeducativas, treino de inoculação do estresse, expressão e modulação do afeto, processamento e reestruturação cognitiva, coping cognitivo, treino comportamental, sessões com pais e filhos e avaliação.

Por sua vez, em termos de prevenção, apesar do corpo teórico bem menos consistente, há um crescente envolvimento de organismos internacionais interessados em promover medidas que previnam o abuso sexual infantil e promovam a cultura da paz (Galheigo, 2008).

Além de prover suporte e cuidado para as vítimas, as abordagens têm-se dirigido também a intervir nos relacionamentos íntimos e familiares, encorajar atitudes saudáveis por parte de crianças e adolescentes, desenvolver campanhas, além de propiciar melhorias no ambiente, treinamento policial, medidas legislativas e judiciais, adesão a tratados internacionais e esforços para modificar normas e costumes (Galheigo, 2008).

Quando abordamos o assunto intervenção, estamos falando de possibilidades diferentes, em três níveis: primário, secundário e terciário. Em se tratando de abuso sexual em criança, as intervenções primárias abordam a sensibilização dos profissionais para medidas preventivas, educando e informando pessoas a respeito da violência. Por sua vez, as intervenções secundárias estão voltadas para identificação e intervenção precoce e as terciárias para os atendimentos nos serviços para tratamento e reabilitação (Gomes, Silva & Njaine, 1999).

No nível primário, o foco é a promoção de qualidade de vida para a população e a capacitação e participação dos profissionais na problemática da violência, bem como a construção da cidadania e a fundamentação das ações em pesquisas. Por sua vez, no nível secundário, o foco é a identificação e intervenção precoce. Já o nível terciário, trata da

organização dos serviços de saúde e da promoção de atendimento integral, através de equipes multidisciplinares (Gomes, Silva & Njaine, 1999).

Especificamente para a prevenção da violência sexual, a revisão realizada por Gomes, Silva e Njaine (1999)

“(...)traz algumas importantes alternativas, como a veiculação de informações sobre o problema, reflexões sobre como prevenir a violência sexual contra grupos mais expostos, esclarecimento à população sobre a importância de a denúncia ser realizada logo após a agressão sexual, disseminação da idéia de que qualquer omissão de denúncia de maus-tratos a crianças e adolescentes é crime, aprimoramento do diagnóstico de abuso, utilização de exames para detectar e não apenas entrevistas; atividades que envolvam desenhos quando a vítima for criança e a observação das condutas do examinando, a reabilitação da vítima e tratamento multidisciplinar”.

Enquanto Fleming et al (1996) revela que o abuso físico, isolamento social, falta de rede de suporte emocional, e mãe com doença mental foram fatores que se destacaram por sua associação com abuso sexual na infância. Ter uma mãe que sofre de doenças mentais deixa a criança em risco para negligência e falta de supervisão.

Além disso, a privação emocional que sofre a deixa mais vulnerável para o abuso, na medida em que tem maior necessidade de afeto e atenção. Para o abuso intrafamiliar, destacaram-se o fato de ter pai alcoólatra, não ter um adulto cuidador do sexo feminino, abuso físico e não ter alguém em quem confiar.

#### **1.9.7. Teórica de enfermagem: Virgínia Henderson/Betty Neuman**

Achou-se pertinente referir uma Teórica de enfermagem uma vez que esta investigação é do domínio da enfermagem, torna-se de grande relevância escolher e referir uma teoria de enfermagem que mais se adequa ao conteúdo em estudo e que serve como fundamento para o mesmo e, tendo em conta a temática a criança vítima de abuso sexual com as suas necessidades básicas optou-se pela teórica Virgínia Henderson que fala nas suas obras sobre aos cuidados de enfermagem relacionados à satisfação das 14 necessidades fundamentais, isto é, que deve-se considerar o doente como um todo, como um ser holístico não centrar apenas na patologia em si, desta forma faz todo o sentido ser abordada nesse trabalho.

Segundo Tomey e Alligood (2004) “o significado de enfermagem é conhecida em todo o mundo e a sua obra continua a influenciar internacionalmente a prática de

enfermagem, a educação das enfermeiras e a investigação em enfermagem”. Ela representa uma das principais figuras na história da enfermagem, sendo que muito contribuiu para o desenvolvimento da enfermagem e para que esta profissão fosse o que representa hoje em dia. Henderson introduziu o conceito de Pessoa (doente), pelo que também segundo estes autores “Henderson via o doente como um indivíduo que precisa de assistência para obter saúde e independência ou uma morte pacífica. Corpo e mente são inseparáveis. O doente e a sua família são vistos como uma unidade” (Tomey e Alligood, 2004).

Henderson definiu a enfermagem em termos funcionais, segundo Tomey e Alligood (2004) como sendo “a única função da enfermeira é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica) que efetuaria sem ajuda, caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos indispensáveis”.

Henderson nomeou 14 necessidades básicas do doente que reúnem os constituintes dos cuidados de enfermagem, sendo os seguintes (Tomey e Alligood, 2004):

- 1) Respirar normalmente;
- 2) Comer e beber de forma adequada;
- 3) Eliminar os resíduos corporais;
- 4) Movimentar-se e manter a postura correta;
- 5) Dormir e descansar;
- 6) Escolher a roupa- vestir-se e despir-se;
- 7) Manter a temperatura corporal dentro dos valores normais mediante a seleção de roupa e a modificação do ambiente;
- 8) Manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos;
- 9) Evitar os riscos do ambiente e evitar lesar outros;
- 10) Comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões;
- 11) Realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um;
- 12) Trabalhar de modo a sentir-se realizado;
- 13) Jogar ou participar em diversas formas de recreação;
- 14) Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis.

**Das 14 necessidades básicas, a criança vítima de abuso sexual pode ser afetado da seguinte forma:**

Devido ao medo constante de ser atacado pelo abusador altera os seus batimentos cardíacos e respiração (taquicardia e Dispneia), o trauma pode levar a uma Bulimia ou Anorexia, devido a alteração no padrão alimentar e assim pode retardar/aumentar os resíduos corporais; a postura correta vai depender da forma como o abuso foi cometido; no que se refere a sono e repouso há insônia após o abuso sexual; a baixa auto-estima vai afetar a auto-imagem (Depressão). A falta de motivação interfere na higienização corporal, sendo que este episódio traumático pode levar ao isolamento de todos, até mesmo das pessoas mais próximas, em relação a religião muitas vezes ainda a criança não tem uma fé religiosa ou pode ter e devido ao fato de ser vítima cria várias interpretações e questionado o poder divino, a criança fica sem vontade de participar em atividade que se vai expor, pois sente desprotegido e com muita vergonha do acontecido.

Achou pertinente para além de falar da Virgínia Henderson falar um pouco da teoria dos sistemas, que fala da família, pois após o abuso sexual é preciso que a família da criança se reestrutura novamente, com o objetivo de dar todo o apoio necessário que a criança vai precisar naquele momento tão peculiar da sua vida.

A Teoria de Neuman que fala do modelo de sistemas abertos, compostos principalmente pelos stressores, a reação aos stressores e os indivíduos em interação com o meio ambiente. Concordando George (1993, p. 232) frisa que “ o Modelo de Neuman parte de uma visão multidimensional dos indivíduos, grupos (famílias) e comunidades que se encontram em constante interação com stressores ambientais”. Segundo os autores Tomey e Alligood (2002, p. 36), “Neuman defende que o Enfermeiro utiliza intervenções intencionais e uma abordagem da pessoa completa para ajudar os indivíduos, as famílias e os grupos a atingir e manter o bem-estar”.

Com base no modelo teórico de Neuman, e tendo em conta uma criança vítima de abuso sexual, o enfermeiro deve investigar os comportamentos que possam gerar estresse a criança e a sua família; os fatores interpessoais e extrapessoais relacionadas, e com isso propor estratégias de intervenção para manter a linha flexível de defesa da criança e da família e verificar se as intervenções estão surtindo efeito.

Assim sendo, os mesmos autores referem que, “ a realização do cuidado de forma integral e sistematizada, segundo este modelo teórico, busca minimizar as variáveis que afetam as reações do sistema aos stressores”. Portanto, neste caso, a preocupação central dos cuidados da Enfermagem é a criança e a família, adotando como alvo principal, a manutenção da estabilidade e o bem-estar ótimo dos seus sistemas, para isso, necessita observar de uma forma dimensional esta criança que esta inserido no grupo, que neste caso é a família (Tomey e Alligood, 2002, p. 36).

### **1.10. Diagnósticos de enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association – NANDA) e Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**

Seguidamente depois de elucidar os conceitos chave ingressar-se-á nos supostos diagnósticos de enfermagem que a criança vítima de abuso sexual apresenta, foi utilizado o North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), e as respetivas intervenções de enfermagem (NIC). Os diagnósticos de enfermagem encontra-se mais detalhadamente em apêndice I.

E é nesta lógica que McCloskey e Buleckek (2004, p. 878) realçam que “as ligações dos diagnósticos de NANDA e as intervenções de enfermagem facilitam a fundamentação diagnóstica, e a tomada de decisão clínica pelo enfermeiro, por meio da identificação das intervenções de enfermagem que constituem opções de tratamento para a preposição de um diagnóstico de enfermagem”.

#### **Principais diagnósticos a criança vítima de abuso sexual:**

- Risco de auto-estima situacional;
- Medo;
- Risco de Sangramento;
- Proteção ineficaz;
- Nutrição desequilibrada maior que as necessidades corporais (Bulimia);
- Nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais (Anorexia);
- Retenção urinária;
- Constipação;
- Eliminação urinária prejudicada;
- Diarreia;



- Incontinência intestinal;
- Motilidade gastrintestinal disfuncional;
- Mobilidade física prejudicada;
- *Deficit* no autocuidado para banho;
- Risco de vínculo prejudicado;
- Risco de infecção;
- Risco de lesão;
- Integridade tissular prejudicada;
- Risco de desequilíbrio na temperatura corporal;
- Dor aguda;
- Atividade recreação deficiente;
- Padrão de sono prejudicado;
- Fadiga;
- Ansiedade;
- Conforto prejudicado;
- Isolamento social.

## **CAPÍTULO II: FASE METODOLÓGICA**

Este capítulo tem por finalidade apresentar a metodologia da investigação em estudo, as questões metodológicas, bem como a exposição de todo o percurso metodológico que é utilizado no decorrer do trabalho. Sendo que qualquer trabalho de investigação requer uma metodologia de modo a facilitar o alcançar dos objetivos preconizados para realização da pesquisa.

Deste modo, esta fase tem por finalidade apresentar as questões metodológicas, o tipo de estudo, o instrumento de recolha de informação, o público-alvo e ainda os procedimentos éticos e legais efetuados para a realização do mesmo. Sendo assim, é importante salientar que é este processo que traça o caminho a percorrer para que se possa encontrar respostas à problemática lançada e para que se possa alcançar os objetivos propostos para o estudo.

É de enfatizar que a realização deste trabalho dividiu-se na elaboração do Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que iniciou-se no mês de Janeiro 2017, em que foi escolhido o tema, formulado os objetivos, abordou-se a justificativa e a problemática, os conceitos chave e foi elaborado o cronograma (apêndice II) a fim de cumprir a elaboração das fases do trabalho e a realização do TCC que se iniciou no mês de Março do mesmo ano. A fundamentação teórica foi muito pertinente para elaboração do TCC, na medida em que foi efetuado uma revisão bibliográfica em bibliotecas de São Vicente nomeadamente á da Universidade do Mindelo, Universidade de Jean Piaget, Biblioteca do HBS, Universidade de Cabo Verde, busca em livros, artigos na internet pesquisados em base de dados como SciELO (Scientific Electronic Library Online), Google académico e repositório científico que formaram bases á investigação e possibilitaram explicar a perspetiva de diversos autores.

## **2.1. Tipo de estudo**

Dadas as características da presente investigação, considerou-se apropriado traçar um estudo descritivo, qualitativo, exploratório e de abordagem fenomenológica. O estudo qualitativo é o estudo que mais se adequa ao presente trabalho, na medida em que o investigador procura analisar percepções individuais dos participantes sobre o fenómeno que estuda. Sendo que com o único objetivo é de mostrar a importância da assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual. Tendo em conta o propósito dessa

investigação achou que este tipo de estudo o mais apropriado na medida em que o objetivo do mesmo não é quantificar mas sim identificar as percepções dos participantes sobre o fenómeno em estudo.

Considera o estudo é de carácter descritivo com vista a descrever o fenómeno de acordo a percepção dos entrevistados, com o intuito de descrever a assistência de enfermagem da criança vítima de abuso sexual, assim Gil (2008, p. 28) acrescenta que as pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de uma determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

Ainda há que salientar que o estudo é do tipo exploratório na medida em que é um tema que ainda não foi pesquisado e explorado em Cabo Verde em termos de trabalhos académicos. Na perspectiva de Prodonov e Freitas (2013, p. 539) “ a pesquisa exploratória possui planeamento flexível, o que permite o estudo do tema sobre diversos ângulos (...)”.

Assim é de realçar a importância da investigação científica, sendo que trás assim um amplo o conhecimento na temática em investigação, pois é grande relevância a nível académica e nacional.

Sendo que o estudo é fenomenológico teve em conta a subjetividade dos entrevistados, pois com o presente trabalho tem o propósito de identificar as intervenções e as percepções pelos enfermeiros e ainda as dificuldades na prestação de cuidados. Sendo assim considera-se uma abordagem fenomenológica por se trata de aspetos subjetivos dos entrevistados.

## **2.2. Instrumento de recolha de informação**

Esta etapa é essencial de qualquer trabalho de investigação, sendo a recolha de informações, suplica a elaboração de um instrumento adequado e que vá de colisão aos objetivos confinados e às características da investigação. As informações deste estudo foram obtidas através de entrevista semiestruturada, guião aplicada aos enfermeiros do setor de pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa em São Vicente (apêndice III) a fim de conhecer melhor as intervenções e percepções e ainda as dificuldades na prestação de cuidados a vítima de abuso sexual. Este instrumento é o mais adequado e vai de encontro com o tipo de estudo eleito, constitui uma técnica de investigação formada por um número

de questões apresentadas por escrito aos entrevistados, possibilitando desta feita a identificação e análise das percepções dos entrevistados sobre o tema em estudo.

E ainda achou pertinente entrevistar uma enfermeira que já foi vítima de abuso sexual quando criança, com o propósito de saber enquanto vítima/ profissional de saúde como esse aspeto pode afetar na prestação de cuidado a criança vítima de abuso sexual, sendo que para tal foi criado um guião especificamente, como consta do apêndice IV.

As informações recolhidas foram efetuadas no decorrer do TCC, pela pesquisadora, que teve início em meados do mês Abril e decorreu até meados de Junho de 2017, tendo sido entrevistados 9 enfermeiros. As perguntas aplicadas aos enfermeiros são de extrema importância, na medida em que possibilita identificar as intervenções de enfermagem prestadas a criança vítima de abuso sexual. Permite saber as percepções dos enfermeiros sobre as prestações de cuidados, verificar as dificuldades na prestação de cuidado de enfermagem como abuso sexual interfere na prestação de cuidados enquanto profissional de saúde.

Cada entrevista foi realizada individualmente, num ambiente propício para o efeito, tendo a duração necessária (compreendida entre vinte (20) a trinta (30) minutos) para que cada enfermeiro pudesse responder com a máxima clareza. Estas foram gravadas em áudio. O objetivo maior para aplicar a entrevista aos enfermeiros, foi descrever a assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual atendida no serviço de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa.

### **2.3. População/Participantes**

A população alvo para este estudo são 9 enfermeiros de serviço de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa. São os mais indicados uma vez que são os primeiros a acolher a criança vítima de abuso sexual. E neste sentido os enfermeiros a participar no estudo foram seleccionados tendo em conta os critérios de inclusão e de exclusão:

#### **Critérios de inclusão:**

- A partir de 3 anos de trabalho;
- Pessoas que aceitam participarem no estudo;

- Idade compreendida 30 a 65 anos;
- Nacionalidade Cabo-verdiana.

**Critérios de exclusão:**

- Enfermeiro que estão a fazer voluntariado ou que vão ao setor somente para fazer alguns turnos.

**2.3.1. Apresentação dos dados dos participantes****Identificação e caracterização dos participantes**

A identificação dos participantes é bastante importante uma vez através dela vamos ter características específicas de cada entrevistador que inclui o sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, tempo de serviço como enfermeiro, tempo de serviço no setor de Pediatria e ainda o cargo desempenha neste serviço, respeitando o anonimato dos participantes.

Inicialmente queria que todos os enfermeiros do serviço de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa fizessem parte, porém alguns enfermeiros não se incluíram nos critérios de seleção, sendo assim foram entrevistados apenas 9 enfermeiros, sendo um deles já foi vítima de abuso sexual, os dados se encontram no seguinte quadro:

**Quadro 2 - Perfil/Caracterização geral dos participantes da entrevista**

Nome	Sexo	Idade	Estado civil	Habilidades Acadêmicas	Tempo de Serviço	Tempo de serviço no setor de Pediatria	Cargo desempenhado
<b>Enf. I</b>	Masculino	34 Anos	Solteiro	Licenciatura	10 Anos	4 Anos	Enfermeiro geral
<b>Enf. II</b>	Feminino	37 Anos	Solteira	Licenciatura	6 Anos	4 Anos	Enfermeiro Geral
<b>Enf. III</b>	Feminino	38 Anos	Casada	Licenciatura	4Anos	4 Anos	Enfermeiro Geral
<b>Enf. VI</b>	Feminino	44 Anos	Solteira	Licenciatura	12Anos	7 Anos	Enfermeiro Geral
<b>Enf. V</b>	Feminino	48 Anos	Solteira	Bacharel	25Anos	18Anos	Enfermeiro Geral
<b>Enf. VI</b>	Feminino	56 Anos	Casada	Bacharel	32Anos	17Anos	Enfermeiro Geral
<b>Enf. VII</b>	Feminino	57 Anos	Casada	Licenciatura	10Anos	13Anos	Enfermeiro Geral
<b>Enf. VIII</b>	Feminino	58 Anos	Divorciada	Licenciatura	16Anos	5 Anos	Enfermeiro Geral
<b>Enf. X</b>	Femenino	42 Anos	Divorciada	Licenciatura	12 Anos	6 Anos	Enfermeiro Geral

**Fonte:** Elaboração própria

O quadro (4) demonstra que dos entrevistados 7 são do sexo feminino, e 1 do sexo masculino, com a faixa etária compreendida entre os seguintes intervalos: trinta e quadro (34) a cinquenta e oito (58) anos. Relativamente às habilitações académicas, apenas (Enf. V) e (Enf.VI) tem Bacharel e as restantes (Enf. I, Enf. II, Enf. III, Enf. IV, Enf.VII e Enf.VIII) têm a licenciatura. No que se refere ao maior tempo de serviço no setor de Pediatria, Enf. V e Enf. VI, destaca com maior tempo, e ainda destacar que o Enf. VI é o que maior tempo de serviço como enfermeiro com 32 anos.

Nota-se que maioria dos entrevistados maioria são solteiros, sendo que apenas 3 são casados e 1 divorciado, e ainda salientar que todos os entrevistados desempenham o cargo de enfermeiro geral, sendo que nenhum tem uma especialidade na área.

## **2.4.Descrição do campo empírico**

### **Descrição do serviço de pediatria - estrutura física**

Este setor é dividido em Banco de Urgência de pediatria e a enfermaria de Pediatria, sendo que no setor de Banco de Urgência possui oito enfermeiros e mais a enfermeira chefe do serviço, e na enfermaria possui 6 enfermeiros e ainda a enfermeira chefe, os dois setores contém uma casa de banho coletiva, um quarto para auxiliares de serviços gerais com duas camas. Também possui uma cozinha/copa, dois *stocks* para armazenamento de materiais, dois gabinete médico, um quarto para os enfermeiros, uma casa de banho para os enfermeiros/médicos, um quarto onde os enfermeiros guardam os seus pertences e com um beliche e uma cama, uma sala para reunião médico, um quarto para medico, uma sala para a enfermeira chefe de BUP e a medica Diretora do serviço de Pediatria, duas salas externas para consultas pediátricas, um pequeno gabinete para o ficheiro, e duas pequenas salas para procedimentos. Do banco de urgência temos ainda a sala de observações que contem 7 berços. E o serviço de enfermaria de Pediatria tem capacidade para hospitalizar somente vinte e oito crianças. Cabe ainda salientar que o campo empírico foi escolhido pelo de ser o serviço onde estas crianças dão entrada/hospitalizam e foi o local pelo qual teve oportunidade de conhecer as vítimas/ familiares dos mesmos.



Neste serviço trabalham atualmente dois enfermeiros de turno no Banco de Urgência de Pediatria e a enfermeira chefe (período de manhã), e na enfermaria dois enfermeiros de turno e mais a enfermeira chefe (período de manhã), um auxiliar administrativo, dois auxiliares de serviços gerais, uma copeira, um ficheiro, dois médicos Pediatras, sendo que um fica de urgência e outro de reforço, e as vezes um médico de clínico geral, sendo que quando necessitam de algum outro médico especialista solicita.

## **2.5. Procedimentos éticos**

Na elaboração de qualquer trabalho de investigação, não se deve deixar de lado os aspetos éticos, relacionados tanto com o investigador bem como para o investigado. Para a realização do estudo foi efetuado o pedido por escrito a direção do Hospital Dr. Baptista de Sousa, que se encontra em (apêndice V), e ao responsável pelo serviço de Pediatria, a fim de recolher informações junto ao serviço de estatística, e relativamente a numero de casos que dão entrada ao HBS no serviço de pediatria, e uma entrevista com os enfermeiros, e estes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice VI) onde se disponibilizaram a participar de forma livre e de espontânea vontade, informando-os ainda acerca dos objetivos do trabalho, assim como da garantia do seu anonimato aquando da exposição e discussão dos resultados. Foi também produzidas duas cartas (apêndice VII e VIII) as instituições (ICCA e Policia Judiciária) de modo a ter os dados sobre os números de casos de abuso sexual em criança em São Vicente, respeitando assim todos os princípios éticos da investigação.

A entrevista foi realizada numa sala própria para o efeito e individualmente a cada enfermeiro, tendo em conta que o primeiro contato não foi fácil mas assim que a entrevista seguia em frente os entrevistados iam se abrindo e respondendo de forma clara, sem interferências de outras pessoas e a entrevista cumpriu todas as exigências éticas essenciais onde cada enfermeiro foi atribuído uma um nome fictício (Enf. I, Enf. II, Enf. III, Enf. IV, Enf. V, Enf. VI, Enf. VII, Enf. VIII e Enf. X).

## **CAPÍTULO III: FASE EMPÍRICA**

### **3. Apresentação e interpretação dos dados**

Este presente capítulo tem como finalidade analisar as informações obtidas no campo empírico, mediante as entrevistas feitas aos participantes, pelo que neste mesmo capítulo abordar-se-á a apresentação das informações recolhidas, procurando dar respostas aos objetivos formulados anteriormente.

Foram realizadas nove entrevistas aos enfermeiros do serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa, individualmente e com o propósito de obter informações ligadas ao tema elegido, através da elaboração de um guião de entrevista com intuito de descrever a assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual atendida no serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa.

Após a recolha de informações através da entrevista passa-se à apresentação e discussão dos resultados obtidos, o que neste caso será efetuado através de análise de conteúdo de Bardin (2009). A análise de conteúdo foi utilizada por ser, segundo Bardin (2009), aplicável a qualquer comunicação. Definiu como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2009, p. 15).

Para Bardin (2009, p. 15) descrever a história da análise de conteúdo “é essencialmente referenciar as diligências que marcaram o desenvolvimento de um instrumento de análise de comunicações é seguir passo a passo o crescimento quantitativo e a diversificação qualitativa dos estudos empíricos apoiados na utilização de uma das técnicas classificadas sob a designação genérica de análise de conteúdo”.

O método de análise de conteúdo, de Bardin (2009) é a técnica mais utilizada na metodologia qualitativa, pois permite uma análise detalhada das informações obtidas durante a investigação.

Para melhor compreensão da informação obtida achou pertinente agrupá-las em categorias, sendo que foram agrupadas em 5 categorias e na primeira categoria foi criada uma subcategoria:

- **Categoria I:** Percepção dos enfermeiros sobre a temática abuso sexual em crianças;
- **Subcategoria I:** Consequência do abuso sexual a curto, médio e longo prazo;
- **Categoria II:** Intervenção de enfermagem a uma criança vítima de abuso sexual que deu entrada no setor de pediatria;
- **Categoria III:** Vivência das situações de abuso a nível pessoal e profissional;
- **Categoria IV:** Dificuldade na prestação de cuidados a crianças vítimas de abuso;
- **Categoria V:** Contributo de Enfermagem para ajudar na prestação de cuidados a criança vítima de abuso sexual.

#### **Categoria I:** Percepção dos enfermeiros sobre a temática abuso sexual em crianças

Esta categoria tem como finalidade saber qual a percepção desta temática para os enfermeiros, e qual o interesse uma vez que que é um tema que se fala muito pouco ou mesmo um tabu. Porém ultimamente os dados estatísticos tem vindo a aumentar, daí a preocupação em dar a devida atenção.

Inicialmente foi pertinente saber junto dos participantes se a questão de abuso sexual em criança trás ou desperta algum interesse em particular. Foi possível constatar que é um tema que desperta o interesse em todos por diversos fatores o que passa a ser transcrito abaixo:

**Enf. I** *“Sim, porque é um acto que vem devastando a nossa sociedade. Causando danos irreparáveis nas nossas crianças, quer físico quer psicológico”.*

**Enf. II** *“O abuso sexual em crianças é um tema muito interessante, todas as crianças têm o direito de uma infância feliz e quando esses direitos são violados isso trás consequências devastadoras”.*

**Enf. III** *“Sim, porque é uma violação dos direitos das crianças, e uma preocupação de toda a sociedade no geral, dadas as consequências que acarreta na vida dessas crianças”.*

**Enf. IV** *“Sim, porque para prevenir o abuso sexual poderia fazer transmitir os conhecimentos, trabalhando na comunidade, através de divulgação na televisão, ou mesmo fazendo palestras nas escolas, e ainda tentar passar a mensagem através de folheto educativos”*

**Enf. V** *“Sim, porque faz parte dos cuidados de enfermagem”.*

**Enf. VI** *“Sim, porque ao atender uma criança vítima de abuso sexual, sabe que haverá marcas profundas na vida dessa criança”.*

**Enf. VII** *“Sim, porque devem trabalhar com a comunidade, ajudando na prevenção do abuso sexual, através de divulgação”.*

**Enf. VIII** *“É sim, porque pode acontecer na família de qualquer um de nós”.*

Com estas declarações pode-se observar que ambos têm interesse nessa temática, demonstrando assim a preocupação para com esta problemática, uma vez que este é um mal que tem atingindo as crianças e seus familiares nos últimos anos. Desta forma trabalhando na prevenção pode ajudar na diminuição de números de casos de abuso sexual em criança. Trabalhando com as crianças com o propósito de saber reconhecer quando esta está sendo uma vítima, assim como ensinar as famílias a reconhecer os sinais e sintomas de modo a prevenir de situações complicadas que podem desencadear de tais acontecimentos.

Nesta mesma categoria surgiu a necessidade de saber o ponto de vista dos enfermeiros as opinião/percepção sobre esta temática de abuso sexual em criança e também quais são esses indicadores. Pode-se constatar que é um conceito explícito e que tem vários indicadores como passa a ser transcrita:

**Enf. I** *“Vejo como um ato covarde, sem razão de ser, que deixa graves consequências, quer física, quer psicológico nas crianças e também nas famílias”.*

**Enf. II** *“No meu ponto de vista o abuso sexual é uma crueldade, principalmente quando se trata de uma criança. A criança necessita de amor pois elas (as) são frágeis e indefesas, e quando se comete uma barbaridade desse tipo meche com o todo da criança quer fisicamente e socialmente”*

**Enf. III** *“É uma situação em que uma criança é usada para gratificação sexual de um adulto ou adolescente mais velho e este abuso é baseado numa relação de superioridade em relação a vítima (idade, estatura física, condição financeira) etc”.*

**Enf. IV** *“É o envolvimento de uma criança em atividade sexual que ele ou ela não compreende totalmente, não tem capacidade para dar seu consentimento informado”.*

**Enf. V** *“É um trauma psicológico que a criança fica para toda a vida”*

**Enf. VI** *“É uma violência contra a criança que tem grave consequências a curto, médio e longo prazo”.*

**Enf. VII** *“ Vejo o abuso sexual na criança como um trauma que pode ser um fator de risco para o desenvolvimento do mesmo”.*

**Enf. VIII** *“Para mim o abuso sexual na criança é um trauma psicológica para toda a vida”.*

Devido a complexidade do conceito, nota-se que os enfermeiros têm uma noção básica do conceito de abuso sexual em criança. Pois é preciso ter o conceito bem definido, para que possa saber intervir da melhor forma, ajudando assim a criança que foi vítima de abuso sexual. Para os enfermeiros esse ato é um trauma grave para criança e trás consigo várias consequências.

Deste modo percebe que o abuso sexual na criança é todo o envolvimento da criança em atividade sexual, em que este é incapaz de dar o ser consentimento informado, impedindo assim a sua capacidade de autodeterminação sexual, para tal o abusador utiliza ameaças, violência física, psicológica e verbal. Deste modo passa a ser transcrita os indicadores essenciais para a deteção desses casos:

**Enf. I** *“Dor na região da vagina ou anal, Sangramento visível pela vagina ou ânus, dificuldade em caminhar, ou em sentar”.*

**Enf. II** *“ Irritabilidade, agressividade, mente com frequência, diminuição do rendimento escolar, sentimento de tristeza, terror do sexo agressor, transtornos psicológicos, desconfiança de pessoas significativas, transtorno do sono, depressão etc”.*

**Enf. III** “*Lesões físicas como hematomas no corpo, arranhaduras, sangue na calcinha, corrimento vaginal, dores abdominais etc*”.

**Enf. IV** “*Pode exibir medo, ao tirar a roupa para tomar banho; podendo ter pesadelos; ter dificuldade em interagir com outras crianças; tem menor interesse em conhecer comportamentos sexuais para a idade*”.

**Enf. V** “*Trauma psicológica; depressão; isolamento, ou mesmo até suicídio*”.

**Enf. VI** “*Há uma mudança no padrão de comportamento e dos hábitos, regressão, doenças sexualmente transmissíveis*”.

**Enf. VII** “*Medos repentinos; falta de confiança; isolamento; dificuldade de interagir com outras crianças por vergonha*”.

**Enf. VIII** “*Os psicológicos que são expressadas no comportamento e nas relações de convivência social, depressão, medo e ansiedades*”.

O reconhecimento dos indicadores é indispensável, na detecção do abuso sexual, pois são estes que vão ajudar os profissionais de saúde e os próprios familiares da vítima, a detectar os sinais e sintomas de abuso sexual. Normalmente quando a criança está sendo vítima ou foi vítima de abuso sexual tende a manter em segredo por inúmeros fatores, logo é necessário estar atentos a qualquer sinal. É importante a atuação dos profissionais ensinando principalmente os familiares a reconhecer esses indicadores. É função do profissional atuar na comunidade alertando sobre possibilidade de ocorrência de casos de violação sexual com enfoque na promoção/prevenção sendo este um parceiro importantíssimo na saúde e no desenvolvimento das pessoas.

#### **Subcategoria I:** Consequência do abuso sexual a curto, médio e longo prazo

Ainda nesta categoria achou-se pertinente criar uma subcategoria para indicar as consequências do abuso sexual a curto, médio e longo prazo. Dado que, as consequências vão acompanhar a criança para o resto da vida. Deste modo passa a ser transcritas abaixo as percepções dos entrevistados:

**Enf. I** “*A curto e médio prazo tem consequências a nível de desvio de comportamentos; a longo prazo tem consequências a nível de caráter*”.

**Enf. II** “*Dependendo da idade, da personalidade e do seio familiar. A curto prazo haverá alteração do sono, medo da pessoa do mesmo sexo do agressor, diminuição de*

*auto-estima, pouco sociável, problema em relacionamento, dificuldade em compreender e aceitar as emoções dos outros. A longo prazo, suicídio, delinquência, e potencial ser agressor no futuro”.*

**Enf. III** *“As consequências são a nível físico, psicológico e comportamental. A curto prazo e médio prazo, verifica-se situações de traumas, regressão no desenvolvimento e futuramente problemas comportamentais”.*

**Enf. IV** *“O abuso a curto e médio prazo são as lesões físicas, alterações das estruturas anatómicas, a longo prazo são as infeções sexualmente transmissíveis, e ainda pode haver alteração psicológicas”.*

**Enf. V** *“Atraso nos estudos, depressão e pode levar ao isolamento da criança”.*

**Enf. VI** *“Tem consequências cognitivos, sociais, comportamentais e emocionais”.*

**Enf. VII** *“A longo prazo transtornos psicológicos e a curto e médio prazo lesões físicas, mudanças de comportamentos etc”.*

**Enf. VIII** *“Pesadelos constante, insónias, consumo de álcool e drogas ainda na fase de adolescência, hiperatividade, baixo rendimento escolar, medo, culpa, depressão, comportamentos antissociais, hipocondria, suicídio, prostituição etc”.*

Dos relatos das entrevistas apenas **Enf. III**, **Enf. IV**, e **Enf. VII** mencionaram a alteração a nível psicológico, os restantes não referiram este nível. Sabe-se que maioria dos transtornos psiquiátricos tem-se como consequência de um abuso sexual sofrido quando criança, logo é importante falar desta alteração psicológicas que pode levar a um transtorno mental. É importante o enfermeiro ter bem presente estes aspetos sendo este um profissional que está perto da criança e deve fazer uma avaliação cefalocaudal e em todos os níveis (físico, psicológico, social).

As entrevistadas **Enf. I**, **Enf. II**, e **Enf. VI** mencionaram das alterações comportamentais que a criança pode ter, levando assim a um comportamento “estranho” do habitual em que antes comportava, deste modo ela quer chamar a atenção do adulto, como uma forma de pedir socorro a situação vivenciada.

**Enf. V** e **Enf. VIII** falaram do baixo rendimento escolar da criança, dado que a criança vai estar na melhor fase para a aprendizagem, devido o acontecimento traumático enfrentado, enquanto **Enf. VII** realçou de uma forma mais complexa falando assim dos



transtornos psicológicos a longo prazo, e a curto e médio prazo afirma as lesões físicas bem como as mudanças de comportamentos.

Da análise feita pode dizer que ter conhecimentos sempre atualizadas podem ser de grande valia, uma vez que é dessa forma que o profissional vai estar preparado, e assim prestar um cuidado com base em conhecimentos científicos.

## **Categoria II:** Intervenção de enfermagem a uma criança vítima de abuso sexual

Com esta categoria pretende saber qual a função do enfermeiro frente a criança vítima de abuso sexual, como é a intervenção de enfermagem a uma criança quando dá entrada ao serviço de pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa e como proceder para proteger a criança contra o abuso sexual.

É de extrema importância a intervenção de enfermagem a criança vítima de abuso sexual, porém sabe-se que também ela desse ser feita junto de uma equipa multidisciplinar, para que esta intervenção seja ainda mais complexa tratando assim a criança de uma forma holística. Deste modo passa a ser transcritas abaixo as opiniões dos entrevistados:

**Enf. I** *“Em primeiro lugar dar apoio emocional a criança e a família. Depois os cuidados de enfermagem. E se possível tentar fazer um acompanhamento por perto do caso ”.*

**Enf. II** *“O enfermeiro tem um papel fulcral, pois ele tem que tratar da criança no seu todo. Tem que estar apto para identificar os aspetos negativos como os positivos a fim de melhorar a recuperação, garantir a segurança, bem-estar, e a confiança e isso deve ser estabelecido logo de início, proporcionar um especial carinho e atenção ao administrar um medicamento e outros procedimentos ao longo do tratamento, fazer jogos e atividades lúdicas, falar com os pais ou educadores para transmitir mais carinho e atenção a estas crianças ”.*

**Enf. III** *“Constatar qualquer situação de suspeita de abuso sexual, comunicar as instâncias de proteção á criança (ICCA, PJ) ”.*

**Enf. IV** *“Prestar assistência a criança e a família. Tentar criar um vínculo afetivo a criança, dando confiança e demonstrar interesse em ouvir e ajudar ”.*

**Enf. V** *“ Dar apoio psicológico, e dar conhecimento as entidades responsáveis ”.*

**Enf. VI** *“Fazer um acolhimento da criança e sua família e estabelecer uma relação de confiança*

**Enf. VII** *“Prestar assistência a criança afetada e familiares, tentar uma aproximação amigável para ganhar confiança da criança, e ter interesse em ouvir para o ajudar”.*

**Enf. VIII** *“O enfermeiro deve estar atento a linguagem verbal e não-verbal da criança atendendo a sua idade. Estar preparado para identificar e atuar adequadamente sobre casos de abuso sexual ”.*

Pode constatar nos relatos, que para além da criança há que dar um apoio também a família da criança, pois neste momento, eles vão estar vulneráveis a situação logo é de salientar a importância de ter também um acompanhamento psicológico para os familiares.

Muitas vezes a família não tem estrutura emocional para saber lidar com esta situação vivenciada, logo é necessário saber como a orienta-la, e encaminhar para o devido acompanhamento psicológico, para que ela também possa ter maior capacidade emocional de ultrapassar o episódio e só assim será capaz de dar melhor apoio a criança. Sabe-se que estas situações podem desestruturar qualquer família, sendo ela responsável pelo processo de proteção dos seus descendentes. Espera-se que a família educa os seus filhos orientando os seus comportamentos, e protegendo de situações que sozinhos teriam condições de enfrentar sem o apoio familiar.

Sabe-se que infelizmente maioria dos abusos sexuais a criança é cometida pelos próprios familiares da criança e perduram assim por muito tempo, sendo praticadas por pessoas que mantêm uma relação afetiva com a criança, sendo assim este aspeto torna-se mais complexo quando a revelação pode levar a dissociação familiar e culpabilização pela situação ocorrida por parte da criança. Nesses casos o conhecimento e competências dos enfermeiros são essências, porque devem apoiar as crianças e fazer com que instituições responsáveis ajudem a criança evitando que ela vive mais situações desagradáveis dentro do seio familiar ou em qualquer outro lugar que esteja.

Deste modo achou pertinente saber como é feito a intervenção de enfermagem quando a criança dá entrada no serviço de pediatria. Deste modo passa a ser transcritas abaixo como é feito o atendimento:

**Enf. I** *“Em primeiro lugar fazer uma boa triagem, com o psicólogo presente e o enfermeiro e em seguida encaminhar para o médico”.*

**Enf. II** *“A criança vítima de abuso sexual da entrada ao banco de urgência de pediatria onde é feito uma triagem pelo enfermeiro depois é avaliado pelo pediatra de urgência, de seguida o pediatra faz avaliação ginecológica e caso houver agressão o tratamento é feito na maternidade e o processo é encaminhado para a parte judicial”.*

**Enf. III** *“É feito uma anamnese e um exame físico e a criança são encaminhados ao serviço de maternidade para ser avaliado por um especialista ”.*

**Enf. IV** *“ A intervenção é feita de modo que a criança sinta acolhido e é importante que a criança sinta preparada para confiar no profissional. Fazer uma avaliação física e emocional da criança com uma adequada comunicação para obter o vínculo afetivo”.*

**Enf. V** *“Respeitar a privacidade da criança, ter sigilo e dar apoio psicológico”.*

**Enf. VI** *“Orientar a criança sobre os procedimentos, evita fazer perguntas com detalhes desnecessárias. Ouvir com atenção tudo o que a criança quiser falar ”.*

**Enf. VII** *“Com muito cuidado, transmitindo confiança afetiva para que a criança sinta mais à-vontade. Fazer uma avaliação física e emocional ”.*

**Enf. VIII** *“Transmitir confiança e segurança na intervenção, oferecendo brinquedos terapêutico para poder interagir com a criança e de modo, a fazer a criança falar sem que ele se da conta ”.*

É de salientar que maioria das entrevistadas relatam que a confiança que se tende a transmitir para a criança para que ela se sinta a vontade a ponto de descrever o ocorrido é a intervenção essencial. A intervenção de enfermagem vai para além de procedimentos, pois é um acto de amor ao próximo, demonstrando assim amor e carinho, de forma que a pessoa possa sentir acolhida e protegida. A anamnese com o exame físico é um procedimento essencial feita pelas enfermeiras e posteriormente a criança é encaminhada para o pediatra.

É de extrema importância saber como proceder para proteger a criança contra abuso sexual. Educando as crianças de tais acontecimentos, de uma forma precoce, ou seja

falando deste assunto logo que a criança começa a entender, mas claro explicando de uma forma mais delicado para cada faixa etária.

**Enf. I** *“É fundamental o papel dos pais, no que diz respeito a vigilância das crianças. E muito dos casos acontece por negligência dos próprios pais, ou encarregado de educação”.*

**Enf. II** *“Como dizia minha mãe não responder e nem falar com estranhos, mais infelizmente nem sempre os estranhos são agressores. Tentar transmitir muito confiança e amor, saber escutar e ensinar a não mentir a fim de eles sentirem seguros pois sendo assim a criança vai revelar os seus sentimentos e tudo o que a acontece. Quando d trata de um bebe ou umas crianças que não fala devem estar sempre por perto o mais possível”.*

**Enf. III** *“Evitar situação de vulnerabilidade, crianças exposta a riscos ou perigos na rua, aconselhar os pais a estarem mais atentos a comportamentos das crianças”.*

**Enf. IV** *“Fazendo a criança entender os tipos de toque que deve ou não aceitar, e caso alguém tocar de uma forma que não quer, avisar imediatamente os pais ou familiares. Deste modo é importante observar o comportamento da criança sempre e saber identificar quando algo esta estranho”.*

**Enf. V** *“Acho que deveria ter educações para saúde nas escolas, de forma que a criança a saber agir em tal situação”.*

**Enf. VI** *“Deve-se manter um diálogo aberto sobre o abuso sexual, para lhes dar confiança, prestar atenção em qualquer sinal de mudança de comportamento e dar credibilidade á criança”.*

**Enf. VII** *“Educando a criança, transmitindo e ganhando confiança da mesma demonstrando interesse em tudo que passa a sua volta, com muito afeto”.*

**Enf. VIII** *“ Saber com quem deixa a criança e o que eles fazem, não deixa-los sozinhos com pessoas que não sejam de confiança ”.*

Muitas das vezes o habitual é proteger as crianças de estranhos que segundo os pais podem ser um suposto agressor, porém esquecem de proteger dentro da própria família, sendo assim a criança se sinta vulnerável na própria família onde deveria ser um lugar de proteção. Deste modo os pais devem manter um controlo de tudo e de todos,

evitando assim abusos dentro da própria família. É o dever dos pais educar os seus filhos dos diferentes tipos de toques e aconselha-los quando devem ou não aceitarem e explicá-los as que não pode ser e porque de não aceita-las.

Cada dia descobre novos casos do abuso sexual o que demonstra que esta problemática esta aumentando, logo é de extrema importância atuar na prevenção atuando assim na prevenção através de educação em saúde nos jardins e nas escolas, para que as crianças tenham conhecimento e estar capacitada para detetar qualquer tentativa de abuso sexual.

Na perspectiva das entrevistadas o melhor a fazer é atuar na educação da criança, o diálogo é importante, e os pais devem saber com quem deixam seus filhos e devem conhecer bem os filhos e estar interessados em tudo o diz respeita o filho, comportamento, forma de falar etc.

### **Categoria III:** Vivência das situações de abuso a nível pessoal e profissional

Nesta categoria achou-se importante saber se os profissionais entrevistados têm alguma formação, bem como as dificuldades que podem encontrar no momento da assistência de enfermagem.

É de extrema importância formações nesta área uma vez que, este é uma problemática da atualidade, logo o enfermeiro deve estar capacitado da melhor forma para prestar um cuidado de qualidade. Sabe-se que as formações nesta área é um pouco deficiente, daí o problema de como prestar um cuidado de qualidade visto que a inexistência de conhecimentos pode influenciar a forma de atuar. Deste modo passa a ser transcritas abaixo as opiniões dos entrevistados:

**Enf. I** “ *Durante a minha estadia no Hospital Agostinho Neto, assisti alguns Workshop relacionado com este tema* ”.

**Enf. II** “*Nunca fiz nenhum tipo de formação específica nesta área. Contudo espero um dia vir a fazer* ”.

**Enf. III, Enf. IV, Enf. V, Enf. VI, Enf. VII e Enf.VIII** - “ *Nunca tive nenhum tipo de formação específica nesta área.* ”.

Pode-se constatar que apenas a **Enf. I** já participou de alguns *workshops* e **Enf. II** não participou porém demonstra interesse em participar e a restante **Enf. III, Enf. IV, Enf. V, Enf. VI, Enf. VII e Enf. VIII** nunca participaram. Os profissionais que trabalham com crianças e adolescentes devem exigir formações nestas áreas específicas, pois só assim será possível saber atuar da melhor forma com a criança abusada sexualmente. Sendo assim é importante que estes profissionais estejam preparados psicologicamente e emocionalmente, para que a prestação de cuidados seja da melhor forma, recebendo assim um treinamento específico.

Nesta categoria ainda se falou das dificuldades que podem dificultar na prestação de cuidados a vítima. A criança em situação de enfermidade não deve ser tratada como adulto, visto que esta deve ser diferenciada por sua especificidade e particularidade, e deve ser abordada de forma específica, em cada fase do seu desenvolvimento e crescimento. Deste modo integrado numa equipa multiprofissional, possibilitando um cuidado holístico. Proporcionando a criança um bem-estar e um conforto, exigindo dos profissionais um esforço constante no seu atendimento. Passa a ser transcritas abaixo as dificuldades encontradas:

**Enf. I** “ *Da minha parte não. É sempre delicado tratar esse tipo de problema, requer mais atenção, mais carinho e dedicação* ”.

**Enf. II** “*No meu ponto de vista não existe nenhuma dificuldade, embora os cuidados prestados têm de ser muito mais especial pois a criança já se encontra fragilizada assim como os membros da família* ”.

**Enf. III** “*Sim. Porque para melhor prestação de cuidados tem de haver uma equipa multidisciplinar e formação específica na área*”.

**Enf. IV** “*Sim, a situação mais delicado é o abuso sexual em lactentes, e também vestígios*”.

**Enf. V** “*Existe sim, porque no serviço de pediatria não existe condições para receber esses casos*”.

**Enf. VI** “ *Sim, na medida que há um despreparo dos profissionais para lidar com esse problema, devido a inexistência de uma capacitação dos mesmos* ”.

**Enf.VII** *“Sim, são crianças afetadas psicologicamente tem muita dificuldade em comunicar, e medo de ser tratado ”.*

**Enf. VIII** *“Sim, muitas vezes não têm informações concretas, medo por falta da colaboração da equipa de saúde “*

Pode-se realçar que apenas Enf. I e Enf. II não apresentam dificuldades em prestar os cuidados e os restantes Enf. III, Enf. IV, Enf. V, Enf. VI, Enf. VII e Enf. VIII apresentam dificuldades na prestação de cuidados.

São inúmeros os fatores que podem influenciar na prestação de cuidados, sendo que a falta de formação específica e de um treinamento são os que mais podem dificultar neste cuidado, logo há necessidade de criar formações para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros visto que são eles os primeiros a entrar em contato direto com a criança vítima de abuso sexual. Como pode-se constatar têm muitas vezes dificuldades em comunicar com a criança porque esta fica traumatizada com a situação e não sabem a melhor forma de proceder devido a falta de capacitação nessa área, falta de colaboração por parte da equipa e mesmo por não terem um espaço adequado para tal.

A formação nesta área é bastante importante permitir actualização dos conhecimentos nesta área e assim prestar um melhor cuidado, ou seja um cuidado de qualidade. Sendo que este é um problema da atualidade é necessário estar preparado e capacitado para atuar em qualquer situação de emergência.

São inúmeras as situações que os profissionais têm que enfrentar no seu dia-a-dia, porém algumas são bem marcantes e quase impossível de esquecer mesmo ao longo do tempo. Sendo que algumas são bem delicadas de lidar, desta forma achou pertinente falar da situação mais delicada que já tiveram que enfrentar ao prestar esse cuidado a vítima de abuso sexual. Deste modo passa a ser transcritas abaixo:

**Enf. I** *“ Nesses casos são todos delicados, diferenciam na maneira, no contexto e nas circunstâncias em que a crianças foi vítima ”.*

**Enf. II** *“ Uma criança de 5 anos, que o seu avô abusou sexualmente ”.*

**Enf. III** *“ Uma criança de 3 anos de idade vítima de abuso sexual por parte do tio ”.*

**Enf. IV** “*Sim, por vezes alguns são agressivos, tenho medo e dificuldade em tirar a sua roupa, para fazer os procedimentos necessários, e não sei muito bem qual a melhor forma de aborda-la*”.

**Enf. V** “*Uma criança de 6 anos que foi abuso sexual e teve que fazer intervenções cirúrgicas*”.

**Enf. VI** “*É muito difícil, porque fiquei com muita dor da criança e indignada ao vê-la com uma grande rasgadura do períneo*”.

**Enf. VII** “*Abuso sexual nas crianças são todos delicados, porque é uma situação revoltante e dolorosa*”.

**Enf. VIII** “*Todas, principalmente nas crianças que ainda não consegue se expressar*”.

Nos relatos pode-se constatar que todas as enfermeiras já vivenciaram uma situação bem delicada, daí a necessidade de estarem preparados psicologicamente e emocionalmente capacitados, pois são situações bastante delicadas e que podem afetar qualquer pessoa, e pode influenciar e ou interferir na prestação de cuidados.

#### **Categoria IV:** Dificuldades na prestação de cuidados a criança vítima de abuso sexual

São as inúmeras razões que podem dificultar na prestação de cuidado, desta forma achou-se relevante elaborar esta categoria uma vez que quis saber, o modo de agir em situação de emergência no serviço de pediatria do Hospital Dr. Bapstista de Sousa. Nesta categoria foi importante saber como atuar em caso de emergência, deste modo passa a ser transcritas abaixo as opiniões apresentadas:

**Enf. I** “*Em primeiro lugar triagem, depois encaminhar ao medico de urgências, que de seguida encaminha a criança a um especialista em ginecologia, para uma nova avaliação*”.

**Enf. II, Enf. IV e Enf. V** “*Fazer uma triagem, depois encaminhar ao médico de urgências, que de seguida encaminha a criança a um especialista em ginecologia, para uma nova avaliação*”.

**Enf. III** “*Encaminhar a criança para avaliação médica (Pediátrica e Ginecológica) e depois comunicar as entidades competentes*”.



**Enf. VI** “ *Deve-se conquistar a criança, criando um vínculo de confiança, familiarizar a criança ao ambiente hospitalar e explica-lhe dos procedimentos que serão realizados, transmitindo confiança e afeto* ”.

**Enf. VII** “ *Tentar acalmar a criança e os pais, fazer os procedimentos normais para estabiliza-lo(a) e encaminhar para a médico de urgência* ”.

**Enf. VIII** “ *Prestar apoio psicológico, avaliar sinais e sintomas do trauma* ”.

É verificada pelos trechos que a criança passa por diversos profissionais. A criação de uma equipa multidisciplinar seria de grande valia a criança, dentro do serviço de pediatria, visto que ela já vai estar numa situação fragilizada e expôr cada vez que vai ser avaliado por determinado profissional torna-se bastante desconfortável para a criança.

Sendo assim com a equipa multiprofissional a prestação de cuidados em conjunto de forma holística seria uma forma de evitar que a criança ficar muito exposta, respeitando a sua privacidade que foi destruída. Ainda constatou que em situação de emergência a criança é encaminhado ao serviço de maternidade do hospital Dr. Baptista de Sousa.

Nesta categoria ainda achou necessário saber se as próprias enfermeiras que atuam no dia-a-dia acham que estão preparados quando chega uma criança, visto que a maioria nunca participou de nenhuma formação nessa área, e como vão prestar um cuidado atualizado dada a deficiência de formação especializada nesta área. Deste modo passa a ser transcrita abaixo as percepções apresentadas:

**Enf. I** “ *Sim, acho que os enfermeiros de pediatria estão muito bem preparados para lidar com esse tipo de problema* ”.

**Enf. II** “ *Acho que sim, embora é uma problemática bastante delicado, uma vez que o enfermeiro é mãe, psicólogo, advogado é tudo para o paciente ou seja tem um trabalho multidisciplinar. Contudo é muito importante formações nessa área a fim de desempenhar esse cuidado com maior eficácia e eficiência* ”.

**Enf. III** “ *Não, porque precisa de formação específica nesta área para um melhor atendimento* ”.

**Enf. IV** “ *Não falta-nos uma equipa multidisciplinar* ”.

**Enf. V** “ *Não como gostaria de estar* ”.

**Enf. VI** “*Não, porque há dificuldade ao deparar com crianças vítimas de abuso sexual, e conflitos realizados com normais culturais e, ético e legal, o que requer um conhecimento de legislação para uma assistência efetiva as necessidades da criança e de família*”.

**Enf. VII** “*Acho que sim, embora o melhor cuidado para as crianças vítimas de abuso sexual é feito por psicólogo, o afeto maior é psíquico*”.

**Enf. VIII** “*Não falta-nos uma equipa multidisciplinar*”.

Apenas Enf. I, Enf. II e Enf. VII acham que estão capacitados, enquanto Enf. III, Enf. IV, Enf. V, Enf. VI e Enf. VIII acham que não estão preparados vistos, que não dispõe de uma equipa multidisciplinar dentro do próprio serviço. A capacitação e a formação nesta área são de extrema importância, uma vez que só assim os cuidados prestados seriam de qualidade, o que trás uma vantagem a criança que foi vítima de abuso sexual o que melhora e muito a qualidade de cuidado prestado no determinado Serviço hospitalar.

Nesta lógica achou pertinente saber da necessidade de ter enfermeiros formados nesta área. Passam a ser transcritas os trechos:

**Enf. I** “*Num futuro próximo sim, pois é preciso criar condições várias, principalmente no serviço de urgência*”.

**Enf. II** “*Sim acha que há muita necessidade*”.

**Enf. III** “*Sim, a necessidade que os enfermeiros, estejam capacitados para lidar com casos do tipo*”.

**Enf. IV** “*Sim, porque abuso sexual na criança representa grande desafio e se não houver interesse por parte da sociedade para compreender a violência sua magnitude e toda sua volta que atinge*”.

**Enf. V** “*Sim, falta pessoais mais capacitados nessa área*”.

**Enf. VI** “*Sim, porque assim os enfermeiros ficariam capacitados para enfrentarem essa problemática, fazendo assim uma abordagem holística e não focando nos cuidados somente nas consequências físicas*”.

**Enf. VII** “*Sim, os cuidados é feito através de estudos e conhecimento na área, seria de grande ajuda se tivesse enfermeiros formados nessa área*”.

**Enf. VIII** *“Sim, porque as vezes os enfermeiros não estão capacitados para atender os casos do tipo ”.*

A necessidade de formação nesta área é urgente, sendo que através de formações e capacitações especializados os enfermeiros estarão melhores capacitados, para saber como agir em determinadas situações que muitas vezes agem empiricamente, sem nenhum conhecimento científico. Desta forma apostando em formações, enfermeiros especialistas, equipa específica para estas crianças será de grande valia para a criança e para o próprio enfermeiro, sendo que este assim estará a prestar um cuidado qualificado e atualizado, trazendo assim benéficos a criança no que tange a exposição da sua privacidade.

**Categoria V:** Contributo de Enfermagem para ajudar na prestação de cuidados a criança vítima de abuso sexual.

Nesta categoria achou pertinente saber enquanto mãe (pai), tia(o), avó como conseguem prestar os cuidados de enfermagem, sem que o lado emocional interfira. O tema abuso sexual é bastante delicado, pois infelizmente todos podem ser ou ter um familiar ou amigo próximo que já foi vítima, daí que este pode afetar qualquer pessoa, sendo assim é importar criar estratégias de saber agir sem que este lado emocional interfira e prejudica o cuidado prestado a esta criança. Abaixo os trechos:

**Enf. I** *“ Não é fácil, mas como profissionais temos saber separar as coisas, para que possamos fazer um trabalho excelente, mesmo estando sensível com o caso ”.*

**Enf. II** *“Sinceramente acho que tenho alguma dificuldade, pois meu lado de maternal fala mais alto ”.*

**Enf. III** *“Agir sempre profissionalmente, acalmar a crianças e nunca culpabilizá-la, acreditar no que conta e dar sempre apoio emocional ”.*

**Enf. IV** *“ Primeiro focar nas necessidades da criança, e tentar focar na parte emocional ”.*

**Enf. V** *“Não consigo separar porque fico a imaginar se fosse um familiar ”.*

**Enf. VI** *“ Tento controlar as emoções e sentimentos, para poder transmitir confiança a crianças e a família ”.*

**Enf. VII** “ *A prestação de cuidados é vista como uma necessidade vital, não existe nada que possa interferir no cuidado profissional, pois cuidar é um acto de carinho* ”.

**Enf. VIII** “ *Não se consegue meu lado emocional fala mais alto nestas situações, e isso é bastante revoltante* ”.

Ao analisar as falas das enfermeiras entrevistadas, percebe que para elas o envolvimento emocional com a criança, em alguns momentos, é algo que não deve ocorrer, uma vez que é doloroso, trás mais um problema para resolver e atrapalha o serviço, isto porque elas acreditam que acabam se dedicando muito mais que o necessário.

É visível que muitas não conseguem prestar o cuidado sem se envolver com esta situação. Muitas vezes colocam no lugar da mãe transportando para si imaginando se fosse com seus filhos. Sendo situação muito triste e traumatizante.

O enfermeiro para além de ser um profissional de saúde é uma pessoa e tem sentimentos, e perante uma situação que envolve crianças ninguém fica indiferente á sim preocupação e atenção especial com a criança. Há sempre uma preocupação por parte dos profissionais em não deixar que os sentimentos interfiram na prestação de cuidados.

Ainda nesta categoria pretende saber qual é o contributo de enfermagem na prestação de cuidados a criança vítima de abuso sexual. Sabe-se que o contributo da enfermagem é essencial, sendo que este é o primeiro profissional de saúde a entrar em contacto com a vítima quando este da entrada aos serviços hospitalar.

Em qualquer situação o ser humano é o foco de atenção do enfermeiro, mas quando se trata de pessoas vitimizadas, a escuta activa e o clima de confiança são primordiais para estabelecer relações interpessoais de qualidade, num contexto de relação de ajuda. Estas são fundamentais para que o silêncio seja quebrado e a verdade possa ser partilhada com o enfermeiro.

A disponibilidade dos enfermeiros para escutarem a vítima, olharem para ela, é essencial para que esta se sinta confiante e o centro de intervenção por parte destes profissionais. É certo que algumas características pessoais do enfermeiro são fundamentais. A formação específica no acolhimento e abordagem das vítimas é vantajosa assim como a criação de protocolos de atuação que orientem o enfermeiro no que diz respeito à abordagem da vítima, ao reconhecimento de vestígios, colheita,

acondicionamento e encaminhamento correto dos mesmos e elaboração de notas de enfermagem num âmbito de cuidados especializados a nível hospitalar.

**Enf. I** “ *Temos um papel extremamente importante, porque somos nós que tria a criança, dando-lhe o primeiro apoio, físico e psicológico e transmitindo-lhe confiança*”.

**Enf. II** “ *Humanização dos cuidados* ”.

**Enf. III** “ *Por se tratar de um profissional mais presente no cenário do cuidar, ele tem oportunidade de identificar, combater e até mesmo denunciar o abuso sexual bem como prestar assistência a vítima e a família* ”.

**Enf. IV** “ *Ter oportunidade de identificar, combater e até mesmo denunciar o abuso, prestando assistência a família e a crianças, deste modo fazendo um anamneses, exame físico durante o atendimento de enfermagem a criança* ”.

**Enf. V** “ *Dar apoio emocional a criança e a família* ”.

**Enf. VI** “ *O enfermeiro deve tentar reconhecer uma criança vítima de abuso sexual e conscientizar os demais profissionais da equipa de assistência e não omitirem estes casos*”.

**Enf. VII** “ *Ser meigo e tentar ganhar confiança da criança para aproximar e tentar compreendê-la. Só assim é possível ter oportunidade de identificar e combater até mesmo denunciar o abuso sexual* ”.

**Enf. VIII** “ *Dar o caso conhecimento a outras equipas multidisciplinar; psicólogos, autoridades competentes* ”.

É fundamental que os enfermeiros, por serem os primeiros a abordarem a vítima, que muitas vezes se encontra em perigo de vida, saibam quais os procedimentos a adoptar para que os vestígios não sejam destruídos nem ignorados e que não permitam que outros profissionais, por falta de conhecimentos, cometam erros irreparáveis relativamente a aspectos do âmbito médico-legal.

O contributo de enfermagem é essencial em qualquer área de saúde, relativamente a casos de abuso sexual é mais importante porque a criança e a família precisam de todo o apoio possível. O contributo dessa classe vai além dos cuidados que são propiciados a vítima nos serviços de saúde. O enfermeiro atua na promoção e prevenção da saúde juntos das comunidades, famílias e nas instituições. A realização das educações nas comunidades, escolas, jardins e outras instituições é grande contributo dessa classe.

### **3.1. Entrevista complementar de uma enfermeira vítima de abuso sexual**

Ainda dentro deste capítulo achou pertinente entrevistar um profissional que já foi vítima de abuso sexual quando criança, com o propósito de saber como conseguiu lidar com esta situação e como presta cuidados às crianças vítima de abuso sexual. A caracterização da entrevistada encontra-se no quadro de perfil. Ainda salienta que foram atendidos todos os procedimentos éticos e legais de modo a preservar o anonimato da entrevistada, com o nome fictício de Enf. X.

Para melhor análise das informações recolhidas, considerou-se relevante elaborar algumas duas categorias e uma subcategoria, e também reproduzir de forma escrita alguns trechos da entrevista. Sendo assim delineou-se as seguintes categorias e subcategoria:

- **Categoria I** - Narração do abuso sexual;
- **Categoria II** - A vivência ao longo do tempo;
- **Subcategoria I** - Vítima cuidando da vítima.

#### **Categoria I – Narração do abuso sexual**

Esta categoria foi desenvolvida com o intuito de saber como aconteceu o ato, e se percebeu de imediato o que estava acontecendo e ainda como sentiu quando falou primeira vez a alguém do acontecido.

Muitas vezes a criança guarda situações de abuso sexual em silêncio com medo dos abusadores, pois muitas vezes o agressor faz ameaças sendo assim a criança fica com medo, isolando de todos e não conta a ninguém. Outros a vergonha e a sensação de culpa

são inevitáveis, pois sentem culpados pelo acontecido, o que não é bem verdade. Neste sentido, é importante ressaltar alguns trechos que foram ditas pela entrevistada sobre este aspecto:

**Enf. X:** “ *Fui vítima de abuso sexual quando tinha 11 anos, fui a casa de uma amiga da escola e seu avó me obrigou a fazer sexo oral nele, no momento senti a pior pessoa do mundo, passei dias a vomitar de tanto nojo, meus pais não faziam ideia do que estava a acontecer, pois tinha muito medo de lhes contar e de não acreditarem em mim, antigamente isso era um tabu quase não se falava nada sobre isso, porém maioria dos abusos eram mantidos em segredos mesmo por parte dos próprios familiares, tinham muita vergonha das pessoas descobrissem e assim tirava a honra da família. Lembro de ter passado vários anos com esse segredo dentro de mim, mas quando casei contei ao meu marido, pois além de marido ele era um grande amigo para mim”.*

O abuso sexual é um ato que vem sendo praticado desde antigamente, sendo que os abusos sexuais eram ocultados pelas famílias, e nunca falavam sobre o tema em casa. Como foi referenciado era considerado um tabu, o que contribuía para proteger o agressor e não a vítima do abuso sexual.

Se a vítima não poderia contar com o apoio da família ficaria muito difícil e assim acabaria por manter em segredo, ou mesmo deixar dar continuidade aos abusos sem o seu consentimento, visto que o agressor sabia que a vítima não falava dos abusos sexuais a ninguém, muitas vezes por medo e vergonha. A criança permanece com o trauma sem mesmo poder contar com ajuda dos que ama.

## **Categoria II - A vivência da situação ao longo do tempo.**

São inúmeras as consequências do abuso sexual, pois maioria dos transtornos mentais podem ser em consequência dos abusos sexuais sofridos quando criança, pois há necessidade de fazer um acompanhamento psicológico, para aprender a lidar com a situação, impedindo que este interfira no modo de ser da pessoa.

Os traumas têm a transformar as pessoas muitas vezes pelo medo vivenciado que ainda não foi superado pela pessoa, pois assim torna-se numa pessoa fechada e com medo de se relacionar. Deste modo passa a ser transcrita abaixo a vivência da entrevistada:

**Enf. X** “ *Ainda sinto muito revoltada e muita tristeza dentro de mim, sinto como se tivesse um buraco na alma, e durante muitos anos tive muito receio do sexo mesmo casada pois as imagens daquele dia não me saiam da memória, o pior dia da minha vida, lembro como se fosse hoje e já passaram 31 anos ainda custa-me aceitar que fui vítima, pois era uma criança e não fazia ideia da maldade dos homens*”.

Nas palavras nota-se muita magoa, mesmo passado muitos anos, pois sabe-se que este episódio vai acompanhar a pessoa pelo resto da vida, mas claro tem que fazer um acompanhamento psicológico para que tenha a devida orientação.

Não é nada fácil ter de conviver com essas memórias, muita das vezes a pessoa fica com dificuldade em se relacionar, em ter uma família, um casamento normal sem estar presa as lembranças do passado. São várias as consequências desencadeadas por esse ato, muita das vezes ocorre o pior que é a pessoa por término a vida devido as memórias que a aterroriza. Um acompanhamento multidisciplinar é essencial.

#### **Subcategoria I - Vítima cuidando da vítima.**

Só quem já passou por algo semelhante sabe o significado da palavra empatia, pois sentir todos os medos e sofrimentos que a criança sente no momento é aterrorizante. Saber entender um simples olhar da criança, saber ouvir a gritos de socorro que esta criança esta pedindo em silêncio, saber pensar como a criança esta sentindo e o que mais precisa naquele momento, faz com que a pessoa cuida da criança no momento como gostaria de ser cuidada no momento.

**Enf. X** “*Quando presto assistência de enfermagem a criança vítima de abuso, fico revoltada por imaginar o sofrimento da criança, por ver cada lágrima de sofrimento isto me deixa desamparada, mas respiro fundo e procuro agir profissionalmente, procurando assim sempre prestar os melhores cuidados, pois não queria que nenhuma criança passasse por isso, isto é crime, que deveria ter a pena máxima, procuro primeiramente acalmar a criança e os pais se for preciso, procuro mostrar a criança que esta num ambiente seguro e que ai esta protegido de tudo, sendo assim tento criar um clima de*



*confiança com a criança. Quando ouço a palavra abuso sexual me dá muita revolta dentro de mim e nojo devido a forma em que o ato ocorreu (Sexo Oral) ”.*

Relativamente a intervenção de enfermagem prestada, não demonstrou que interfere, sendo que ela mais que ninguém sabe o que a criança está passando, tenta minimizar todos os constrangimentos possíveis para que seja prestado um cuidado adequado.

A enfermeira demonstra profissionalismo, nem todos nesta situação conseguia prestar os cuidados, sem que o lado humano falasse mais alto. Graças ao seu poder de autocontrolo consegui separar os dois lados, o emocional do profissional.

### **3.2. Análise dos resultados**

Relativamente a análise dos resultados das entrevistas feitas anteriormente, pode-se dizer que as respostas vão de encontro aos objetivos formulados para a pesquisa. Tendo em conta o objetivo geral: Descrever a assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual atendida no serviço de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa, é pertinente evidenciar que este foi alcançado, visto que de acordo com as entrevistas, foi possível conhecer junto aos enfermeiros como é feita a assistência de enfermagem no serviço de pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa.

Assim sendo, durante a análise dos resultados das entrevistas, tentou-se encontrar respostas aos objetivos específicos em que a primeira é identificar as intervenções de enfermagem prestadas a crianças vítima de abuso sexual, no serviço de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa. Os enfermeiros relatam uma certa dificuldade na prestação de cuidados, visto que é uma temática bastante delicada e que exige uma capacitação especializada perante a classe de enfermagem.

A intervenção de enfermagem que é prestada vai de encontro com as possíveis limitações, sendo que não dependem somente dos profissionais em questão. As intervenções desenvolvidas são: o apoio emocional a criança e a família, garantir a segurança, bem-estar, e a confiança, comunicar as instâncias de proteção á criança, demonstrar interesse em ouvir e ajudar, estar atento a linguagem verbal e não-verbal da criança de forma a tentar perceber e ajudar da forma mais adequada.

O segundo objetivo específico foi identificar as percepções dos enfermeiros sobre as prestações de cuidados em criança vítimas de abuso sexual, no serviço de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa. Segundo a maioria das enfermeiras entrevistadas não sentem muito preparados para prestar os cuidados, isto dado a um conjunto de fatores que vão interferir na prestação de um cuidado de qualidade a criança vítima de abuso sexual.

O último objetivo específico foi verificar as dificuldades na prestação de cuidado de enfermagem a criança vítima de abuso sexual no serviço de Pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa. As dificuldades evidenciadas foram: a falta de formação especializada, nomeadamente melhoramento do espaço físico, bem modo uma equipa multidisciplinar.

Pode constatar a falta de formação especializada pode influenciar na prestação de cuidados, uma vez que os enfermeiros relataram muitas vezes isto pode estar ligado também com o lado emocional.

Nessas condições não se pode falar em cuidados de qualidade as crianças vítimas de abuso sexuais e seus familiares, quando não estão reunidas condições favoráveis, designadamente formações especializada, que permitam a realização de um cuidado adequado, constituindo assim uma grande limitação para a assistência de enfermagem as crianças vítimas de abusos sexuais, sendo visivelmente constatado por maioria das enfermeiras entrevistadas. Maiorias dos enfermeiros apresentam dificuldades na prestação de cuidado, sendo que este assim interfira significante de um cuidado especializado por parte dos enfermeiros pediátricos.

A criança ao dar entrada ao banco de urgência de pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa, ela tem que fazer bastantes relatos, primeiramente aos enfermeiros, depois ao médico pediátrico que vai atender, depois é encaminhado ao serviço de maternidade onde só tem mulheres, e vai ficar a espera do ginecologista para ser submetido a uma avaliação especializada onde por sua vez tem que contar novamente o acontecido e ainda o caso depois é revisado pelas entidade judiciais onde também tem que fazer mais um relato. Deste modo isto torna-se bastante constrangedor a criança sendo que ela vai relatar a mesma história inúmeras vezes para diversos profissionais e entidades judiciais.

É importante a criação de uma equipa multidisciplinar no sentido que ao primeiro contato com a criança, visando assim atendimento holístico, e assim evitando expor a criança várias vezes e ainda fazer relembrar do episódio também, seja colhida em conjunto as informações. Para isso é preciso postar em formações especializadas não somente aos enfermeiros como também a todos os profissionais de saúde para que em equipa prestam um melhor cuidado a criança e sem esquecer da família da criança, visto que esta vai estar completamente abalada também pelo acontecimento.

Há necessidade de ter um espaço adequado, e profissionais capacitados para que a crianças vítima de abuso sexual sinta mais à-vontade e ambientado para assim poder fazer um relato mais detalhadamente numa única vez.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda há muito para fazer nesta área, principalmente em Cabo-Verde, uma vez que os estudos são escassos. O abuso sexual em criança hoje se caracteriza como um problema mundial e Cabo Verde não foge a regra infelizmente, sendo assim o propósito deste trabalho consistiu em demonstrar a percepção dos enfermeiros e como atuar quando a criança é vítima de abuso sexual, diante dessa situação, pareceu oportuno investigar a assistência da enfermagem prestada relativamente as intervenções prestadas a elas quando dão entrada ao serviço de pediatria do Hospital Dr. Baptista de Sousa.

O abuso sexual provoca consequências arrasadoras nas suas vítimas e a melhor forma de reduzir e combater essas causas é pela prevenção, educação sexual, mas particularmente pela intervenção da sociedade, desmistificando a vitimização.

Neste sentido é de salientar a importância dos enfermeiros estarem bem capacitados, ajudando assim tanto a criança vitimizada como a sua própria família. É prescindível realçar que no desenvolvimento da pesquisa os enfermeiros apesar de possuírem grande interesse a temática, ainda não se encontram devidamente capacitados para realizarem os melhores cuidados a criança vítima de abuso sexual.

Inicialmente foi muito difícil e estranho para os entrevistados visto que nunca tinham participado de um estudo desta temática, mas mesmo assim manteve-se firme em dar continuidade ao estudo, e graças a insistência conseguiu terminar e alcançar todos os objetivos proposto inicialmente no trabalho.

A enfermagem como profissão reconhece a investigação científica como forma de ampliar os conhecimentos essenciais não só para a sua prática como também para a tomada de decisões inteligentes adequadas à prestação de cuidados de enfermagem.

O estudo foi finalizado com satisfação, permitindo a aquisição de novos conceitos, contribuindo assim para o desenvolvimento das competências tanto profissionais como pessoais. Pretende-se com este estudo, instigar a reflexões e sensibilizar ou penetrar nas ideias, hábitos, maneiras de agir e de pensar dos profissionais, para a necessidade de reconstrução de novas práticas bem como a instituição das mesmas, para que melhorias ocorram em favor das crianças vitimizadas, pois estes têm o direito a ser atendidos de acordo com as suas necessidades, recebendo cuidados de enfermagem de qualidade.

Referindo as entidades responsáveis, nomeadamente a ICCA, a polícia judiciária bem como a procuradoria e o Hospital Dr. Baptista de Sousa (Pediatria), é de salientar que um trabalho em equipa seria de grande valia para ambas entidades responsáveis e ainda evitando expor a criança a vários relatos. No domínio de proteção dos direitos das crianças e adolescentes, o ICCA vai garantir o aconselhamento da criança e respetiva família através do programa serviço social que visa um atendimento diário, aconselhamento e encaminhamento da criança e suas respetivas famílias á procuradoria, tribunal ou outros serviços de apoio a criança e adolescentes. Dentro das estruturas do ICCA existe os centros de Proteção e Reinserção Social, Centros de emergência Infantil, Projecto Nós Casa, Centros de Acolhimento para Crianças de Rua, Projecto Espaço Seguro, Projecto Família Substituta, bem como a criação durante 2014 de cinco delegações do ICCA para apoiar as crianças.

Ainda através da linha Disque Denúncias (800-10-20), o ICCA garante um espaço de denúncias que pode ser efectiva tanto para os adultos como pelas próprias crianças e adolescentes. Podendo ainda denunciar as situações de abuso sexual a criança na Polícia judiciária.

Relativamente às limitações, é importante salientar que houve uma certa dificuldade para conseguir os dados no serviço de estatística do HBS para sustentar a problemática e também é importante realçar que a procura bibliográfica não foi tarefa fácil. Entretanto, com empenho e dedicação conseguiu-se ultrapassar tais dificuldades e assim chegar na meta traçada para esta investigação.

Deste modo pode-se dizer que os objetivos preconizados foram alcançados. Uma das limitações encontradas inicialmente foi a disponibilidade por parte dos participantes em responder à entrevista uma vez que referenciam ter pouco tempo, devido à sobrecarga de trabalho a que se encontram sujeitos, o que acabou por atrasar a concretização do trabalho.

De uma forma global, realça-se que foi com satisfação que se elaborou este trabalho e espera-se que surjam mais estudos neste âmbito, visto que é uma área que necessita de mais atenção. Não obstante as limitações, pode-se dizer que com este estudo foi possível a obtenção de novos conhecimentos e a aquisição de novas competências que com certeza irão contribuir para um melhor desempenho no futuro a nível profissional e pessoal.

## **Propostas**

- Melhorar o espaço físico para melhor colhimento da criança vítima de abuso sexual;
- Criar um protocolo de atendimento a criança vítima de abuso sexual;
- Criar um gabinete próprio para atendimento da criança e família;
- Trabalhar de forma multidisciplinar;
- Aumentar a disponibilidade de recursos humanos/materiais/equipamentos
- Criar um folheto informativo aos familiares;
- Ter um gabinete ginecológico próprio para o serviço de pediatria;
- Facilitar o acesso dos profissionais a formações de capacitação no acolhimento de crianças vítimas de abuso sexuais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aded, N. L.O., Dalcin, B. L. G. S., Moraes, T. M.; Cavalcanti, M. T. (2006). Abuso Sexual em Crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. Rev Psiq Clín, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n4/a05v33n4.pdf>. Acessado em: 24 de Abril de 2017.
- Algeri S, Souza L.M.(2006) .*Violence against children and adolescents: a challenge in the daily work of the nursing team*. Rev Latinoam Enferm.
- Arcari, B. (2014).Sondagem do abuso sexual a nível mundial. Rev. Psiq Clín, Disponível em : <https://www.publico.pt/2014/09/05/mundo/noticia/1-em-cada-dez-criancas-sofrem-abusos-sexuais-denuncia-a-onu-1668730> acessado em 3 de Abril de 2017.
- Almada, J. H.; C. J. C. (2014). Estatuto da Criança e do Adolescente ECA, Disponível em: <https://www.dol.gov/ilab/submissions/pdf/CaboVerde20141204.pdf> acessado em :23 de junho de 2017.
- Andrade, P.F. (2016).Denúncias de abuso sexual de criança em Cabo Verde, Disponível em: <http://www.asemana.publ.cv/?Denuncias-de-abuso-sexual-de-menores-quadruplicaram-em-Cabo-Verde> acesso em 4 de Março de 2017.
- APAV (Relatório da associação portuguesa de apoio a vítima) (2002).Manual CORE. Para o atendimento de crianças vítimas de violência sexual. Lisboa: Edição associação portuguesa de apoio a vítima Disponível: <https://pt.scribd.com/document/193353803/Manual-CORE-para-o-atendimento-de-criancas-vitimas-de-violencia-sexual-parte-I-compreender>— 24-05-2017
- Araújo, M. F. (2002).Violência e abuso sexual na família. Psicologia em Estudo, 7(2), 3-11. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 03 Dezembro. 2016—20:54.
- Azevedo, M.A. e Guerra, V. N. (2006).Um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família. São Paulo: Rocca.
- Braun, S. (2002).A violência sexual infantil na família - do silêncio à revelação do segredo. Porto Alegre.
- Bardin, L. (2009). Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA,

- Brino, R. F. ;Williams, L. C. A. (2003). Concepções da Professora acerca do abuso sexual infantil. Cadernos de Pesquisa, 119, 113-128. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/cp/n119/n119a06.pdf>.
- Baptista1 R. S. ; X. F.; Pontes C. M. (2008). Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes, Acta Paul Enferm, Campina Grande.
- Chaves G.R.C, Nunes S.F.S, Fidélis C.S. (2014).Diagnósticos de Enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA internados em uma unidade de terapia intensiva de Imperatriz, Maranhão. JMPHC .acesso em 10 de abril de 2017]; Disponível :<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/151#>.
- Carvalho, Q. C. M.; Cardoso G. (2009). Abuso sexual infantil: percepção de mães em face do abuso sexual de suas filhas. Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 17, n.4.
- Carvalho, L. A. S. (2007). A avaliação do testemunho da criança vítima de abuso sexual intrafamiliar no contexto da avaliação forense. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, Portugal. Retirada de <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7544/2/Tese%20completa.pdf>
- Carvalho, A. (2008). O processo Judicial de Promoção e Proteção, Compilações Doutrinais, Verbo jurídico.
- Carvalho, L.; Silva, M. P. (2011). Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. Rev. Bras. Enferm, v.64, n.5. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14442422536400010008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14442422536400010008&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em de Fevereiro 2017.
- Constituição da república de cabo verde .(2010). 2ª Revisão Ordinária – Assembleia nacional, 4ª Edição Praia.
- Craig, C. B. (2006). Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores, Contexto Enfermagem.
- Delgado, M. M.(2006). Violência sexual como uma questão de saúde pública: atenção específica em serviço de saúde. São Paulo.
- Drezett, J. (2001). Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. Jornal de Pediatria, v. 77.



- Faria, Sonimar C. (1997). História e política da educação infantil. In: FAZOLO, Eliane, Disponível em : <http://ufrrj.br/graduacao/prodocencia/publicacoes/desafios-cotidianos/arquivos/integra/integra RODRIGUES.pdf> acesso em 3 de Março de 2017.
- Fávero, M. F. (2003). Sexualidade infantil e Abusos Sexuais a Menores. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferreira, Ondina (org) ou MONT-ROUND, Camila. (2007). O suicídio de Quina: In: Elas contam. Praia: Instituto da Biblioteca Nacional e do Livro.
- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B. ; Bammer, G. (1999). *The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. Child Abuse & Neglect.*
- Ferrari, D. C. A.; Vecina, T. C. C. (2004). O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. São Paulo: Ágora.
- Ferree, M.C. (2009). *Innocence lost-helping victims of childhood sexual abuse. Encuchment journal.*
- Figueiredo, Karina; Bochi, S. B. B. (2013). Violência Sexual: um fenómeno complexo. Unicef. Disponível em: «[http://www.unicef.org/brasil/pt/cap\\_03.pdf](http://www.unicef.org/brasil/pt/cap_03.pdf) Acesso em 28 jan. 2017 14:30.
- Forguieri Y.C. (2004). Psicologia Fenomenológica: Fundamentos, Método e Pesquisa. São Paulo: Pioneira Thonson Learning.
- Fragoso, M. A; Ferriani, M. G. (2010). Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. Caderno de Saúde Pública, Br.
- Florentino Bruno Ricardo B. (2015). As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes, Fractal, Rev. Psicol. vol. 27, Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, MG, Brasil Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922015000200139](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922015000200139) acesso em 27-01-2017 16:06
- Furniss, T. (1993). Abuso Sexual da Criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Finkelhor, D. (1994). *The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect*, 18, 409-417.

- Gonçalves, Rui Abrunhosa (coord.), M. C. (2008). Violência e vítimas de crimes: Crianças vol. nº 2, 3ª edição.
- Graça, A. L. (2004). Introdução à investigação científica: guia para investigar e redigir, 1ª edição.
- Gabel, M. (1997). Crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Summus.
- Gil, A. C. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª Edição. São Paulo. Editoras Atlas S.A.
- Garcia, TR, et al. (2010). Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem – Dados Eletrônicos – Porto Alegre: Artmed.
- Guimarães S, J. A. T. L.; Villela, W. V. (2011). Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. Cad Saúde Pública, v. 27, p. 1647-53.
- Guerra, V. N. A. (1998). Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. São Paulo: Cortez.
- Galheigo, H.A. (2008). A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. Estudos de Psicologia.
- Gomide Paula I. C., Saldanha Padilha M.G. (2004). Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual, link: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v9n1/22381.pdf> acesso em :24 de Abril de 2017
- Hanson, S. M. (2005). Enfermagem de cuidados de saúde a família. Teoria e prática de investigação. 2ª Edição.
- Harmer e Henderson.(1988). O cuidado e a Enfermagem. Online em: [WWW.professores.uff.br/jorge/cuidado.pdf](http://WWW.professores.uff.br/jorge/cuidado.pdf) acessado :em 23 de Março 19:20
- Habigzang, L. F, Azevedo, G. A., Koller, S. H., & Machado, P. X. (2006) Risk and protective factors in the resource network for children and adolescences victims of sexual violence. Psicologia: Reflexão e Crítica, 19(3), 379-386. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722006000300006&script=sciarttext> Acesso em: 22 nov. 2016.
- Johnson, C., F. (2005). *Child sexual abuse*. Lancet.

- Krugman, R. D. & Leventhal, J. M. (2005). *Confronting child abuse and neglect and overcoming gaze aversion: the unmet challenge of centuries of medical practice. Child Abuse & Neglect.*
- Karina Figueiredo, ;Shirley B. B. Bochi. (2013).Violência sexual- UNICEF disponível em : [https://www.unicef.org/brazil/pt/Cap\\_03.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_03.pdf) 20/01/2017, 16:07.
- Larcher Luiz Miguel (Coord); Texto: Florbela Silva, Gonçalo de Mello Breyner, Sandra Oliveira, R. T. (2012).A violência sobre crianças, São Paulo.
- Lissauer Tom ; Clayden Graham. (2007). Manual ilustrativo de pediatria,3ª edição, São Paulo, SP, Brasil.
- Lopez, M.T. (2010). As crianças vítimas, consequências a curto e médio prazo. São Paulo.
- Marchezan Simone, L. Carla de L. F. ; Freitas H. Maria, Dall'Asta Adriana P. (2009).A Enfermagem e a criança vítima de violência sob o olhar de paterson & zderad, Cogitare Enferm.
- Maia Luís. (2012). Violência domestica e crimes sexuais, um guia para as vítimas familiares e amigos, Lisboa, Lidel-edicoes técnicas.
- Magalhães Teresa. (2005). Maus tratos em crianças e jovens,4ªedição, Coimbra, Portugal.
- Mateus, M. I. (2012). Prevalência de abuso sexual em crianças portuguesas, Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2297/1/15041.pdf> Acessado em 5 de Maio de 2017
- Magalhães Teresa, Viera Duarte Nuno. (2008).Vítimas de crimes sexuais. A intervenção médico-legal na investigação criminal, Sub Judice 26: Justiça e Sociedade.
- Magalhães Teresa. (2010).Abuso de Crianças e Jovens - Da suspeita ao diagnóstico, editora Lidel.
- Morales, Á. E & Schramm, F. R. (2002). A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. Ciência & Saúde coletiva, 7(2),. 265-273. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14138123200200020007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200200020007)>. Acesso em: 12 mar. 2017.

- Moura, A.S. (2009). A criança na perspectiva do abusador sexual., Rio Grande do Sul, Brasil.
- Moreira J.R. (2013). Revista Pediatria Moderna. Disponível em: [www.scielo.br/revistas.asp?fase=r001&id=22](http://www.scielo.br/revistas.asp?fase=r001&id=22) acesso em 3 de Abril de 2017.
- Mcchoskey, J. C., Buleckek, G.M., (2004), Classificação das intervenções de enfermagem, 3ª Edição, Porto Alegre, Artmed.
- Nery A.F.(2010). Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar, Vol14, Rio de Janeiro, Brasil.
- North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações (2012-2014). Porto Alegre: Artmed.
- Neves Anamaria; Silva Castro; Brito G. C. M. e Gonçalves D. (2010). Abuso sexual contra a criança e o adolescente: reflexões interdisciplinares. *Temas psicol.* [online]. vol.18, n.1.
- Neuman, B, e Fawcett, J.(2010). *The Neuman system's model*. Inglaterra: Pearson Education. 5ª edição.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). Relatório Mundial sobre abuso sexual em criança. Disponível em: [http://www.who.int/topics/child\\_abuse/en/](http://www.who.int/topics/child_abuse/en/) Acessado em 23 de Maio 2017.
- Oliveirares Ilmara de Jesus; Cruz Cleide A. B. (2015). Abuso Sexual: uma reflexão sobre a violência contra crianças e adolescentes, Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.8, n.1, Pub.2.
- Oliveira, M. L. & Prado, R. (2010). A violência sexual contra crianças e adolescentes e o contexto familiar. In. Centro de Defesa da Criança e do Adolescente da Bahia – Yves de Roussan. Construindo uma história: tecnologia social de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes / Centro de Defesa da Criança e do Adolescente.
- Pfeiffer L, Salvagni E.P. (2005). Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. J. Pediatr. (Rio J) v81, n°5 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572005000700010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700010&lng=en&nrm=iso) acesso 26 de Maio de 2017.

- Pereira Karen Richter; Santos Romero. (2007). Coordenação Geral: Luiz Francisco Fontoura Procurador de Justiça Equipe da Coordenação: Cibele Cristina Freitas de Resende Promotora de Justiça Marcela Marinho Rodrigues Promotora de Justiça, Curitiba-Paraná.
- Pinheiro, P. S. (2006). Relatório do especialista independente sobre o Estudo das Nações Unidas sobre Violência contra Crianças, Distr. Geral, Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/Estudo\\_PS\\_P\\_Portugues.pdf](http://www.unicef.org/brazil/Estudo_PS_P_Portugues.pdf). Acesso em: 13 mar. 2017.
- Prodanov, C.; Freitas, E.(2013). Metodologia do trabalho científico, 2ª edição, Novo Hamburgo, Feeval.
- Pedersen, J. M; Grossi, S. G.(2011). A. A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar. Rev Bras. Enferm., v.58, n.4 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381231999000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000100004&lng=en&nrm=iso). Acesso em 21 de Fevereiro de 2017.
- Paiva, P. S. (2010). Violência contra crianças: informe mundial. Ciência & Saúde Coletiva, v.11 (Sup).
- Prado, F. G. (2004). Violência sexual vira epidemia em áreas de conflito na África. . Disponível em <http://www.angolaxyami.com/Saude/Violencia-sexual-vira-epidemia-em-areas-de-conflito-na-Africa.html> acessado em: 23 de Abril de 2017.
- Pelisoli, S. S. (2007). Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação do abuso sexual infantil. Psicologia e Sociedade.
- Ribeiro, M. A; Ferriani, M. G. C; Reis, J. N. (2004). Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas vitimização nas relações familiares. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- Rocha P.K. (2006) .Crianças vítimas de violência: cuidar brincando. Blumenau: Nova Letra.
- Romeno, K.R. (2007). Crianças vítimas de abuso sexual: Aspectos psicológicos da dinâmica familiar.
- Ribeiro, C. (2009). A criança na justiça. Coimbra: Almedina.

- Ribeiro, M. A., Ferriani, M. G. C.; Reis, J. N. (2004). Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. Cadernos de Saúde Pública.
- Rocha SMM, Almeida M.C.P. (2006). O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev Latinoam Enferm.
- Romaro, R. A; Capitão, C. G. (2007). As faces da violência: aproximações, pesquisas, reflexões. São Paulo: Vetor. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922015000200139&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922015000200139&lng=pt&nrm=iso&tlng=en) 1-02-2017 12:49.
- Santos, S. S. (2011). Uma análise do contexto de revelação e notificação do abuso sexual: A percepção de mães e de adolescentes vítimas. Tese de Doutorado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Retirado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35028/000794224.pdf?sequence=1> Acessado 20 de Abril de 2017-12:30.
- Santos, B. R. (2017). Guia escolar: identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Seropédica, RJ: Edur.
- Santos, M. F.O.(2017). Assistência de Enfermagem à criança vítima de abuso sexual, REAS, Revista Electrónica Acervo Saúde, 2017. Vol. 9 (1). Disponível em: [http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/7\\_2017.pdf](http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/7_2017.pdf) acessado 26 de Fevereiro de 2017
- Saldanha, E.P. (2011). O abuso sexual na família: um estudo partir de intervenção institucional Disponível em:  
<http://www.ppgcs.ufba.br/site/db/trabalhos/2532013094740.pdf> acesso em 4 de Junho de 2017.
- Serafim, A. P. et al. (2011). Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo), v. 38, n. 4.
- Seabra, A., e Nascimento, H. M. (2002). Abuso sexual na infância. Pediatria Moderna.
- Silva, M.A.S. (2002). Violência contra crianças, o fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática, São Paulo: Ágora.

- Silva M.B.G.M, e Tonelli A.L.N. (2003). Instrumentos do cuidado humanizado de enfermagem: uma reflexão teórica. Cogitare Enferm.
- Silva, A. M. (2005). Quebrando o pacto do silêncio: o fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. São Paulo: Ágora.
- Siqueira D.D; Ferreira G.N, Oliveira E.M., Pinheiro P.N.C. (2011). Características da violência sexual sofrida por crianças assistidas por um programa de apoio. Rev. Rene [acesso em 15 janeiro. 2017];11(1):38- Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027969020.pdf>.
- Silva, L. M. P.; Carvalho, M. G. F. (2011). Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 64.
- Sanderson, C. (2005). Abuso sexual em crianças. São Paulo: M. Books do Brasil.
- Santos, V. A. (2007).Projecto-piloto centro de referência para violência sexual contra crianças e adolescentes. Brasília: Vara da Infância e Juventude.
- Santos, M. C. (2009). A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cadernos de Saúde Pública, Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1994000500002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1994000500002)>. Acesso em: 08 mar. 2017.
- Sousa M.F. (2007).A construção da atenção básica e estratégias de Enfermagem.Br..
- Souza, M; L.O. (2005). Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. Texto e Contexto em Enfermagem. V. 14, n.2.
- Souza M.K.B. ; Santana J.S.S. (2009). Atenção ao adolescente vítima de violência: Participação dos gestores municipais de saúde. Ciência e Saúde Coletiva.
- Tacsí YRC, Vendruscolo DMS. (2004).A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. Rev. Latino-am Enfermagem Disponível em: [http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/01895.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01895.pdf).27-01-2017 12:46 acessado em : 21 de Fevereiro de 2017
- Tapia Carmen Elisa V. ; Antoniassi L. J. e Aquino J.P. (2014). Papel do enfermeiro frente ao abuso sexual de crianças e adolescentes, Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 1, art. 7.

- Tomey, M. A. e Alligood, R. M.(2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem), 5ª Edição. Loures. Lusociência.
- UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). (2005). Violência Sexual Disponível em : [https://www.unicef.org/brazil/pt/Cap\\_03.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_03.pdf) acessdo em 24 de Fevereiro de 2017
- Vaz, J.; Alberto, M. F. P. (2001). As vivências maternas diante do abuso sexual intrafamiliar. Estudos de Psicologia
- Vicente Jacob. (2016).Gritos no silêncio, Pedofilia, abuso sexual e sociedade Cabo-verdiana, Lisboa.
- Vierbo T. S. (2007). Aspectos Psicossociais da Adolescência e a Política de Atendimento Paulo, vol.º2.
- Viodres Inoue, S. R.; Ristum, M. (2008). Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. Estudos de Psicologia (Campinas).
- Kichner, V. P. (2007). Algumas questões sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes, Belém, CRESS.
- Koller, S.H. (2008). *Ethics in research with human beings: Some issues about Psychology*. Ciência e Saúde Coletiva, 13(2), 399-406.
- Witter, G. P. (2008). Psicologia da saúde e produção científica. Estudos de Psicologia – Campinas.
- Zavaschi, M. L. S.(2002).Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Rev. Bras. Psiquiatr*, vol.24, n.4 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516)- acessado em: 4 de Abril de 2017.



## **ANEXOS**

## **Anexo I – Direitos das crianças**

Aos Direitos das crianças do artigo 73º, decretada pela constituição da república de cabo Verde (2010) refere o seguinte:

**1.** As crianças têm direito a especial protecção em caso de doença, orfandade, abandono e privação de um ambiente familiar equilibrado.

**2.** As crianças têm ainda direito a especial protecção contra: a)Qualquer forma de discriminação e de opressão; b) O exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições a que estejam confiadas; c)A exploração de trabalho infantil; d) O abuso e a exploração sexual.

**3.** É proibido o trabalho infantil;

**4.** A lei define os casos e condições em que pode ser autorizado o trabalho de menores.

**5.** A lei pune especialmente, como crimes graves, o abuso e exploração sexuais e o tráfico de crianças.

**6.** A lei pune, igualmente, como crimes graves as sevícias e os demais actos susceptíveis de afectar gravemente a integridade física e ou psicológica das crianças.

## **Anexo II- Direitos da Família**

Aos Direitos da família, o artigo 81º, decretada pela constituição da república de cabo Verde (2010) refere o seguinte:

- 1-**A família é o elemento fundamental e a célula base de toda a sociedade.
- 2-**A paternidade e maternidade são valores sociais eminentes.
- 3-**Todos têm o direito de constituir família.
- 4-**Os pais têm o direito e o dever de orientar e educar os filhos em conformidade com as suas opções fundamentais, tendo em vista o desenvolvimento integral da personalidade das crianças e adolescentes e respeitando os direitos a estes legalmente reconhecidos.
- 5-**Os filhos menores têm o dever de obedecer aos pais e de acatar a sua autoridade exercida nos termos do número 4).
- 6-**Os pais devem prestar assistência aos filhos menores ou incapacitados.
- 7-**Os filhos maiores devem prestar assistência moral e material aos pais que se encontrem em situação de vulnerabilidade, designadamente por motivo de idade, doença ou carência económica.
- 8-** A sociedade e os poderes públicos protegem a família e promovem a criação de condições que asseguram a estabilidade dos agregados familiares e permitam o cumprimento da sua função social e da sua missão de guardião de valores morais e reconhecidos pela comunidade, bem como a realização pessoal dos seus membros
- 9-** A lei pune a violência doméstica e protege os direitos de todos os membros da família.

## **APÊNDICES**

## Apêndice I - Diagnósticos de enfermagem (NANDA) e intervenções de enfermagem (NIC):

Diagnósticos de NANDA	Intervenções de enfermagem
<b>Risco de baixa autoestima situacional</b> - Risco de desenvolver uma percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual.	1.Melhora do enfrentamento 2. Melhora do desenvolvimento infantil;3. Redução do estresse por mudança;4. Identificação de risco; 5. Melhora da Autopercepção ;6. Supervisão;7. Cuidados na incontinência urinária: enurese.
<b>Medo</b> -relacionado com separação de pessoas significativas numa situação potencialmente ameaçadora por ex: hospitalização, tratamento prolongado.	1.Suporte emocional; 2.Intervenção em crise; 3.Aumento da segurança; 4.Controle do ambiente hospitalar e extra hospitalar.
<b>Risco de sangramento</b> - Risco de redução no volume de sangue capaz de comprometer a saúde (Sangramento anal, vaginal ou no pênis).	1. Precauções contra sangramento 2. Cuidados com o local de incisão 3. Identificação de riscos 4. Supervisão.
<b>Proteção ineficaz</b> – diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.	1. Assistência no autocuidado 2. Ensino: atividade/exercícios prescritos 3. Identificação de riscos 3. Cuidados com lesões
<b>Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais</b> - Ingestão de nutrientes que excede as necessidades metabólicas (Bulimia).	1. Monitoração nutricional 2. Controle de distúrbios alimentares 3. Promoção de exercícios 4. Aconselhamento nutricional 5. Ensinar/orientar para a dieta prescrita 6. Registrar aceitação da dieta.
<b>Nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais</b> - Ingestão insuficiente de nutrientes para às necessidades metabólicas (Anorexia).	1. Controle nutricional 2. Oferecer dieta por via oral 3. Administrar dieta por gavagem 4. Registrar aceitação da dieta 5. Terapia para deglutição , Promoção da saúde oral 7. Monitoração hídrica 8. Controle de distúrbios alimentares 9. Aconselhamento nutricional

<b>Retenção urinária</b> - esvaziamento vesical incompleto.	1. Controle hídrico 2. Controle de medicamentos 3. Administração de medicamentos 4. Registrar queixas de dor e características 5. Sondagem vesical 6. Controle da eliminação urinária 7. Assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário
<b>Constipação</b> - diminuição da frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas.	1. Registrar frequência e características das eliminações 2. Oferecer água filtrada 3. Registrar aceitação da dieta 4. Registrar queixas de dor e características 5. Estimular deambulação 6. Massagem abdominal 7. Reposição rápida de líquidos 8. Terapia nutricional 9. Administrar medicamentos.
<b>Eliminação urinária prejudicada</b> – Disfunção na eliminação de urina	1. Controle hídrico 2. Monitoração hídrica 3. Proteção contra infecção 4. Administração de medicamentos 5. Assistência no autocuidado: uso de vaso sanitário 6. Sondagem vesical 7. Cuidados na incontinência urinária.
<b>Diarreia</b> - Eliminação de fezes soltas e não formadas.	1. Assistência no autocuidado: uso do vaso sanitário 2. Cuidados na incontinência intestinal 3. Realizar higiene gênitoanal 4. Realizar troca de fraldas 5. Orientar quanto ao acompanhante quanto à troca de fraldas 6. Controle da nutrição 7. Oferecer TRO (terapia de reidratação oral) 8. Controle da dor.
<b>Incontinência intestinal</b> – mudança nos hábitos intestinais normais caracterizadas por eliminação involuntária de fezes.	1. Redução da ansiedade 2. Controle hídrico 3. Controle de medicamentos 4. Controle de nutrição 5. Assistência no autocuidado: uso de vaso sanitário 6. Banho 7. Controle da diarreia.
<b>Motilidade gastrointestinal disfuncional</b> – Atividade peristáltica aumentada, diminuída, ineficaz ou ausente no sistema gastrointestinal.	1. Controle da diarreia 2. Redução da flatulência 3. Controle hídrico 4. Registrar frequência e características das eliminações 5. Oferecer TRO.
<b>Mobilidade física, Prejudicada</b> - Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.	1. Promoção de exercícios 2. Treino para fortalecimento 3. Controle de medicamentos 4. Controle da dor 5. Ensino: atividades/exercícios prescritos 6. Promoção da mecânica corporal 7. Controle do ambiente: segurança 8. Terapia com exercício: deambulação 9. Prevenção contra quedas 10. Assistência no autocuidado.

<b>Déficit no autocuidado para banho</b> - Capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo.	1. Realizar higiene corporal 2. Auxiliar na higiene corporal 3. Prevenção contra quedas 4. Ensinar autocuidado 5. Controle do ambiente: conforto 6. Realizar higiene oral 7. Auxiliar na higiene oral 8. Realizar higiene ocular 9. Auxiliar na higiene ocular.
<b>Risco de vínculo prejudicado</b> - Risco de rutura do processo interativo entre pais/pessoa significante e a criança que leva ao desenvolvimento de uma relação recíproca de proteção e cuidado.	1. Identificação de risco 2. Controle do ambiente: processo para estabelecimento de vínculo 3. Promoção da paternidade/maternidade 4. Redução da ansiedade 5. Promoção de vínculo.
<b>Risco de infecção</b> - Risco de ser invadido por organismos patogênicos.	1. Controle de doenças transmissíveis 2. Cuidados com o local de incisão 3. Controle de infecção 4. Proteção contra infecção 5. Controle de medicamentos 6. Terapia nutricional 7. Promoção da saúde oral 8. Cuidados com o períneo 9. Identificação de riscos 10. Supervisão da pele 11. Cuidados com lesões 12. Verificar temperatura, pulso e respiração 13. Realizar higiene oral 14. Auxiliar na higiene oral 15. Realizar higiene corporal 16. Auxiliar na higiene corporal 17. Verificar sinais flogísticos em acesso venoso periférico.
<b>Integridade tissular prejudicada</b> - Dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos.	1. Controle da pressão 2. Cuidados com lesões 3. Precauções circulatórias 4. Proteção contra infecção 5. Monitoração das extremidades inferiores 6. Controle de medicamentos 7. Manutenção da saúde oral 8. Cuidados com o períneo 9. Posicionamento.
<b>Risco de lesão</b> - Risco de lesão, como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo, (Auto mutilar).	1. Apoio a proteção contra abuso: infantil 2. Precauções contra sangramento 3. Controle de doenças transmissíveis 4. Controle do ambiente: segurança.
<b>Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</b> - Risco de não conseguir manter a temperatura corporal dentro dos parâmetros normais.	1. Controle do ambiente: conforto 2. Controle hídrico 3. Monitoração hídrica 4. Reposição rápida de líquidos 5. Controle de infecção 6. Proteção contra infecção 7. Regulação da temperatura 8. Supervisão 9. Cuidados com lesões 10. Identificação de riscos 11. Controle de medicamentos

<p><b>Dor aguda</b> - Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.</p>	<p>1. Administração de analgésicos 2. Aromaterapia 3. Distração 4. Massagem 5. Redução da ansiedade 6. Apoio emocional 7. Controle do ambiente: conforto</p>
<p><b>Atividade de recreação deficiente</b> - Estimulação (interesse ou engajamento) diminuída em atividades recreativas ou de lazer.</p>	<p>1.Arte terapia 2.Bibliotecoterapia 3. Musicoterapia 4. Brinquedo terapêutico 5. Promoção do exercício 6. Mobilização familiar 7. Terapia ocupacional 8. Facilitação da visita 9. Melhora da socialização.</p>
<p><b>Padrão de sono prejudicado</b> -Interrupção da quantidade e da qualidade do sono, limitadas pelo tempo, decorrentes de fatores externos.</p>	<p>1. Controle do ambiente 2. Redução da ansiedade 3. Banho 4. Massagem 5. Administração de medicamentos 6. Musicoterapia 7. Toque</p>
<p><b>Fadiga</b> - uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual.</p>	<p>1.Controle de humor; 2.Estabelecimento de metas mútuas; 3.Aumento do sistema de apoio.</p>
<p><b>Ansiedade</b> - Vago e incômodo do sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica, sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.</p>	<p>1.Escutar ativamente 2.Distração 3. Administração de medicamentos 4. Musicoterapia 5. Terapia de relaxamento 6. Monitoração de sinais vitais 7. Escutar ativamente 8. Melhora do enfrentamento 9. Intervenção na crise 10. Orientação antecipada</p>



<p><b>Conforto prejudicado</b> - Falta percebida de sensação de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e social.</p>	<p>1. Redução da ansiedade 2. Precauções contra fuga 3. Controle do ambiente: segurança 4. Monitoração de sinais vitais 5. Terapia de relaxamento 6. Apoio espiritual 7. Intermediação cultural 8. Aromaterapia 9. Apoio emocional 10. Promoção do envolvimento familiar 11. Escutar ativamente</p>
<p><b>Isolamento social</b> – solidão experimentada pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador.</p>	<p>1. Promoção da integridade familiar 2. Promoção do vínculo 3. Modificação do comportamento: habilidades sociais 4. Manutenção do processo familiar 5. Terapia ocupacional 6. Escutar ativamente 7. Melhora do desenvolvimento: infantil 8. Terapia familiar 9. Melhora da comunicação 10. Melhora do desenvolvimento: adolescente 11. Melhoramento do auto-percepção 12. Melhora da autoestima; 13. Brinquedo terapêutico 15. Musicoterapia; 14. Promoção da paternidade/maternidade; 15. Terapia recreacional; 16. Facilitação da visita; 17. Apoio espiritual;</p>

**Fonte:** Elaboração própria

## Apêndice II - Cronograma

Atividades	Meses 2016/2017										
	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
Escolha do tema	X	X	X								
Escolha do Orientador	X	X									
Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Elaboração do projeto		X	X	X	X						
Recolha e Organização de Informações		X	X	X	X	X	X	X			
Procedimentos Éticos e Burocráticos							X	X	X		
Escolha e Elaboração do Instrumento de Recolha de Dados					X	X	X	X	X		
Seleção dos Participantes							X	X	X		
Recolha dos dados								X	X		
Análise e Tratamento dos Dados							X	X	X	X	
Revisão Final									X	X	
Entrega do Trabalho Final									X	X	X
Discussão do Trabalho										X	X

## **Apêndice III – Guião de entrevista I**

### **GUIÃO DE ENTREVISTA**

**Sexo:** Feminino ( ) Masculino ( )

**Idade:**

**Estado Civil:**

**Habilidades Académicas:** Bacharel ( ) Licenciatura ( ) Especialidade ( ) Mestrado ( )

#### **Categoria Profissional**

- Tempo de serviço como Enfermeiro \_\_\_\_\_
- Tempo de serviço no setor de Pediatria \_\_\_\_\_
- Cargo desempenhado neste serviço \_\_\_\_\_

1. Para si como vê o abuso sexual na criança?
2. Quais os indicadores do abuso sexual?
3. Qual o papel do enfermeiro frente ao abuso sexual?
4. Como é feita a intervenção de enfermagem a uma criança vítima de abuso sexual que deu entrada no setor de pediatria?
5. O abuso sexual em criança é um tema do seu interesse? Porquê?
6. Existe alguma formação nesta área por parte da classe da enfermagem?
7. Quais são as consequências do abuso sexual a curto, médio e longo prazo na sua opinião?
8. E como proceder para proteger a criança contra abuso sexual na sua opinião?
9. Na sua opinião como pode ser feita a atuação em caso de emergência?
10. Existe alguma dificuldade na prestação de cuidados a crianças vítimas de abuso sexual?
11. Qual foi a situação mais delicada que já teve que enfrentar ao prestar esse cuidado?
12. Enquanto mãe, tia, avó, e como profissional como é que consegue separar para prestar os cuidados?

13. Acha que os enfermeiros do setor de pediatria estão capacitados a prestação de cuidados a criança vítima de abuso sexual?
14. Caracteriza como satisfatório os cuidados prestados as crianças vítimas de abuso sexual? Senão o que falta nessa prestação de cuidados?
15. Acha a necessidade de ter enfermeiros com formação nesta área?
16. Na sua opinião o número de enfermeiros disponíveis no serviço é suficiente para dar resposta a demanda destes casos?
17. Qual o contributo de Enfermagem para ajudar na prestação de cuidados a criança vítima de abuso sexual?

Muito obrigada pela sua disponibilidade!

## **Apêndice IV – Guião de entrevista II**

### **GUIÃO DE ENTREVISTA A UM ENFERMEIRO VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL QUANDO CRIANÇA**

**Sexo:** Feminino ( ) Masculino ( )

**Idade:**

**Estado Civil:**

**Habilidades Académicas:** Bacharel ( ) Licenciatura ( ) Especialidade ( ) Mestrado ( )

**Categoria Profissional**

- Tempo de serviço como Enfermeiro\_\_\_\_\_
- Tempo de serviço no setor de Pediatria\_\_\_\_\_
- Cargo desempenhado neste serviço\_\_\_\_\_

1. Como aconteceu o ato em que foste vítima?
2. Como sentiu? Percebeste de imediato do que se tratava?
3. Como sentiu a primeira vez quando revelou isso a alguém?
4. Ao longo do tempo como aprendeu a lidar com a situação?
5. Que consequências tiveram na sua vida o abuso que sofreu?
6. Como prestar cuidados a uma criança vítima sabendo que já foi uma vítima?
7. O que sente ao ouvir a palavra Abuso sexual a criança, uma vez que foste vítima e és mãe?

Muito obrigada pela sua disponibilidade

## Apêndice V - Carta dirigida a estatística/Diretora de H.B.S.

*A professora da faculdade de Pedagogia, para a professora Dr.ª S. Costa Sousa, 6/4/17*

*Tomar conhecimento A enfermagem chefe do BUL para parecer.*

**Exma. Senhora Directora do Hospital Baptista de Sousa**  
**São Vicente**  
**Dr.ª Ana Brito**

**Mindelo, 5 de Abril de 2017**

**Assunto:** Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Aracy Soraia Chantre Ferreira, aluna nº 3312 do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo venho por este meio mui respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema "Assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual atendida no serviço de Pediatria do hospital Dr. Baptista de Sousa".

O referido trabalho tem como objetivo geral, descrever a assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual atendida no serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa e os objetivos específicos, Identificar as intervenções de enfermagem prestadas a crianças vítima de abuso sexual no serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa, Identificar as percepções dos enfermeiros sobre as prestações de cuidados em crianças vítimas de abuso sexual no serviço de Pediatria no Hospital Baptista de Sousa, e ainda Verificar as dificuldades na prestação de cuidado de enfermagem a criança vítima de abuso sexual no serviço de Pediatria no Hospital Baptista de Sousa.

Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha das informações necessárias junto aos enfermeiros do serviço de Pediatria.

Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento.

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expetativa de uma resposta favorável,

A requerente  
(Aracy Ferreira)  
*Aracy Ferreira*

Coordenadora do Curso  
*Aracy Ferreira*  
UNIVERSIDADE DO MINDELO

Email: [aracyferreira93@gmail.com](mailto:aracyferreira93@gmail.com)  
Telemóvel: 985.65.26

## Apêndice VI - Termo de consentimento livre esclarecido

### TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a)

No âmbito do trabalho de conclusão de curso da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo gostaria de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa cujo tema é a **“Assistência de Enfermagem a criança vítima de abuso sexual atendida no serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa”**.

O estudo não comporta qualquer risco, porém, tem como objetivos geral, descrever a assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual atendida no serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa e os objetivos específicos, identificar as intervenções de enfermagem prestadas a criança vítima de abuso sexual no serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa, identificar as percepções dos enfermeiros sobre as prestações de cuidados em criança vítima de abuso sexual no serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa e ainda verificar as dificuldades na prestação de cuidado de enfermagem a criança vítima de abuso sexual no serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa.

Informa-se que a sua participação na investigação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento. A sua tarefa consiste em responder algumas questões pelo que as suas respostas sinceras serão de mais-valia para o desenvolvimento do estudo.

Informa-se ainda, que as respostas serão gravadas em áudio, e usadas somente neste estudo pelo que o material colhido será destruído após o uso no estudo. Garante-se ainda a confidencialidade dos dados colhidos e a garantia do anonimato tanto no decorrer e como após o estudo.

Este documento apenas deverá ser assinado no caso de todas as suas dúvidas referentes à participação no estudo já tiverem sido esclarecidas. E caso houver alguma dúvida e necessite de alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que aceito participar no estudo por minha livre e espontânea vontade.

Mindelo, \_\_\_\_\_ de 2017

Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_

**Email:** [aracyferreira93@gmail.com](mailto:aracyferreira93@gmail.com)

**Telemóvel:** 9856526/5214340

## Apêndice VII- Carta dirigida a Policia Judiciária de São Vicente



**Exmo. Senhor Inspetor Chefe da Polícia Judiciária**  
**Dr. Joacir Sancha**  
**São Vicente**

**Mindelo, 3 de Maio de 2017**

**Assunto:** Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Aracy Soraia Chantre Ferreira, aluna nº 3312 do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo com o trabalho de conclusão de curso sob o tema "Assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual atendida no serviço de Pediatria do hospital Dr. Baptista de Sousa".

O referido trabalho tem como objetivo geral, descrever a assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual atendida no serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa e os objetivos específicos, Identificar as intervenções de enfermagem prestadas a crianças vítima de abuso sexual no serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa, Identificar as percepções dos enfermeiros sobre as prestações de cuidados em crianças vítimas de abuso sexual no serviço de Pediatria no Hospital Baptista de Sousa, e ainda Verificar as dificuldades na prestação de cuidado de enfermagem a criança vítima de abuso sexual no serviço de Pediatria no Hospital Baptista de Sousa.

Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para fornecimento de dados estatísticos, de casos atendidas pela polícia judiciária em São Vicente no ano de 2015 a 2016.

Garante-se ainda a confidencialidade dos dados colhidos e a garantia do anonimato tanto no decorrer e como após o estudo o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expectativa de uma resposta favorável,

A requerente  
(Aracy Ferreira)  


P'la Coordenadora do Curso  
  


Email: [aracyferreira93@gmail.com](mailto:aracyferreira93@gmail.com)  
Telemóvel: 985.65.26



## Apêndice VIII - Carta dirigida a ICCA de São Vicente



Exma. Senhora Assistente Social da ICCA

Dr.ª Maria Concelção

São Vicente

Mindelo, 3 de Maio de 2017

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Aracy Soraia Chantre Ferreira, aluna nº 3312 do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo com o trabalho de conclusão de curso sob o tema "Assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual atendida no serviço de Pediatria do hospital Dr. Baptista de Sousa".

O referido trabalho tem como objetivo geral, descrever a assistência de enfermagem a criança vítima de abuso sexual atendida no serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa e os objetivos específicos, Identificar as intervenções de enfermagem prestadas a crianças vítima de abuso sexual no serviço de Pediatria do Hospital Baptista de Sousa, Identificar as percepções dos enfermeiros sobre as prestações de cuidados em crianças vítimas de abuso sexual no serviço de Pediatria no Hospital Baptista de Sousa, e ainda Verificar as dificuldades na prestação de cuidado de enfermagem a criança vítima do abuso sexual no serviço de Pediatria no Hospital Baptista de Sousa.

Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para fornecimento de dados estatísticos de casos atendidas pela ICCA em São Vicente no ano de 2015 a 2016.

Garante-se ainda a confidencialidade dos dados colhidos e a garantia do anonimato tanto no decorrer e como após o estudo o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expectativa de uma resposta favorável,

A requerente

(Aracy Ferreira)

Aracy Ferreira

P/la Coordenadora do Curso

Genilda Duarte  
COORDENADORA DO CURSO

Email: [aracyferreira93@gmail.com](mailto:aracyferreira93@gmail.com)

Telemóvel: 985.65.25